



**FRIEDRICH-SCHILLER-  
UNIVERSITÄT  
JENA**

**Förderung der Ressourcenrealisierung und Lebensqualität in der  
Therapie mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades  
doctor philosophiae (Dr. phil.)

**vorgelegt dem Rat der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften**

**der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

**von Nils Töpfer (M.Phil., M.Sc.)**

**geboren am 30.11.1986 in Schwalmstadt**

Gutachter:

1. Prof. Dr. Gabriele Wilz (Friedrich-Schiller-Universität Jena)
2. Prof. Dr. Christoph Flückiger (Universität Zürich)
3. Prof. Dr. Bernhard Strauß (Universitätsklinikum Jena)

Tag der mündlichen Prüfung: 21.10.2019

### **Danksagung**

*[Zum Schutz personenbezogener Daten wurden Abschnitte der Danksagung aus dieser, zur Veröffentlichung vorgesehenen Fassung der Dissertation entfernt]*

Ein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin, Frau Prof. Dr. Gabriele Wilz. Ich verdanke dir so viel in meiner bisherigen wissenschaftlichen Laufbahn: Ich habe nicht nur viel von dir gelernt, du hast mich vielfältig gefördert und meine wissenschaftliche Identität entscheidend mitgeprägt. Als Bachelorstudent bin ich vor 9 Jahren in deinem Seminar erstmals mit dem Thema der Ressourcen in Berührung gekommen und habe durch meine Tätigkeit als studentische und wissenschaftliche Hilfskraft an deiner Abteilung erste berührende Erfahrungen im direkten Kontakt mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz sammeln und mich von der Relevanz der Unterstützung dieser Zielgruppe eindrücklich überzeugen können. Dass ich in meiner Dissertation mit deiner aufgeschlossenen und bestärkenden Unterstützung diese beiden Forschungsinteressen zusammen bringe, ist ein Resultat unserer fruchtbaren und inspirierenden Zusammenarbeit.

Ich danke den Koautorinnen von Studie 2 meiner Dissertation, Dr. Franziska Meichsner, Maren Reder und Prof. Dr. Renate Soellner, für die produktive Zusammenarbeit im Rahmen des Artikels, aber auch für die gelungene Kooperation im Rahmen des Forschungsprojektes Tele.TAnDem.Transfer, aus dem die Daten der drei Artikel dieser Dissertation stammen. In diesem Zusammenhang möchte ich auch allen Teilnehmer\*innen, Therapeut\*innen und Projektmitarbeiter\*innen des Projektes danken, ohne die die Erforschung des wichtigen Themas der therapeutischen Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, dem ich mich in dieser Dissertation widme, nicht möglich wäre. Bei meinen Kolleginnen in der Abteilung für Klinisch-psychologische Intervention, Dr. Franziska Meichsner, Dr. Anne Katrin Risch, Lisette Weise, Christina Theurer, Kathi Albrecht, Mareike Sittler, Elisabeth Jakob und Claudia Petruch, möchte ich mich für das fröhliche Arbeitsklima und den anregenden, unterstützenden Austausch bedanken.

Dr. Catherine E. Bowen bin ich dankbar für ihre hilfreichen und wertvollen Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge im Rahmen des Redigierens der Manuskripte der drei Studien dieser Dissertation. Indem du dich auf beeindruckende Weise in die Manuskripte „reingedacht“ und dich tiefgehend mit ihnen auseinandergesetzt hast, hast du sehr zur Verbesserung der Manuskripte beigetragen.

Abschließend möchte ich Herrn Prof. Dr. Christoph Flückiger und Herrn Prof. Dr. Bernhard Strauß für ihre Bereitschaft danken, meine Dissertation zu begutachten. Da ich Ihre Expertise in der Psychotherapieforschung sehr bewundere und Ihre Forschungsaktivitäten gespannt verfolge, ist es eine große Ehre für mich, dass Sie als Gutachter meiner Dissertation fungieren.



## Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	3
Inhaltsverzeichnis .....	5
Tabellenverzeichnis .....	7
Abbildungsverzeichnis .....	7
<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>8</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>11</b>
1.1 Die wachsende Bedeutung von Demenzerkrankungen in der Gesundheitsversorgung .....	13
1.2 Die unersetzliche Rolle der pflegenden Angehörigen als „größter Pflegedienst“ .....	14
1.3 Die pflegenden Angehörigen als „unsichtbare zweite Patienten“ .....	14
<b>2 Die Ressourcen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz: Von Kompensationsmodellen zur Bedeutung von Kapitalisierung in Zwei-Prozess-Modellen .....</b>	<b>16</b>
2.1 Kritik am transaktionalen Stressmodell und nachfolgenden Adaptionen: Der fehlende Einbezug des Positiven .....	16
2.2 Zwei-Prozess-Modelle: Ressourcenorientierung und Kapitalisierung als Ergänzung zur Problemorientierung und Kompensation.....	17
<b>3 Ressourcenaktivierung: Konsistenztheoretische Grundlage, Interventionsleitbild und empirische Evidenz .....</b>	<b>20</b>
3.1 Die Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens von Grawe (1998) .....	20
3.2 Ressourcenorientierung als Interventionsleitbild.....	27
3.3 Empirische Evidenz zur Ressourcenaktivierung.....	28
<b>4 Übersicht der Fragestellungen der Dissertation .....</b>	<b>34</b>
<b>5 Tele.TAnDem – Eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz .....</b>	<b>36</b>
5.1 Die Entwicklung der Tele.TAnDem-Intervention.....	36
5.2 Tele.TAnDem - Therapeutische Inhalte, Interventionsmethoden und Rahmenbedingungen	39
5.3 Ressourcenaktivierung als übergeordnete Interventionsheuristik in Tele.TAnDem.....	41
5.4 Forschungsprojekte und empirische Evidenz zu Tele.TAnDem .....	44
<b>6 Zusammenfassung der Studien der Dissertation .....</b>	<b>51</b>
6.1 Studie 1: Tele.TAnDem fördert die Ressourcenrealisierung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz .....	52
6.2 Studie 2: Tele.TAnDem fördert die Lebensqualität pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz .....	57
6.3 Studie 3: Die Zunahme der Ressourcenrealisierung mediiert die Effekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität .....	61
<b>7 Zusammenfassende Diskussion .....</b>	<b>66</b>
7.1 Relevanz und Einordnung der Ergebnisse von Studie 1 .....	66
7.2 Relevanz und Einordnung der Ergebnisse von Studie 2 .....	68

7.3 Diskussion der „kleinen“ Effektstärken .....	69
7.4 Diskussion der fehlenden Follow-Up-Effekte .....	73
7.5 Relevanz und Einordnung der Ergebnisse von Studie 3 .....	74
7.6 Limitationen .....	75
<b>8 Weiterführende Untersuchungen und Ausblick .....</b>	<b>79</b>
8.1 Die Weiterentwicklung von The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia: Vom manifesten Ressourcenscreening zu latenten Ressourcendimensionen .....	79
8.2 Von der Wirksamkeits- zur Prozessforschung: Ressourcenaktivierung im Prozess der Tele.TAnDem-Therapie .....	81
<b>9 Klinische Implikationen .....</b>	<b>93</b>
<b>10 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>94</b>
<b>Appendix</b>	
Appendix A - Studie 1	
Appendix B - Studie 2	
Appendix C - Studie 3	
Appendix D - Lebenslauf	
Appendix E - Publikationen & Kongressbeiträge	
Appendix F - Ehrenwörtliche Erklärung	

### Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1.</b> Themen und Interventionen der Tele.TAnDem-Intervention (Wilz et al., 2015, S. 44) .....	40
<b>Tabelle 2.</b> Beispiele für ressourcenaktivierende Fragen in verschiedenen Modulen des Tele.TAnDem-Manuals .....	42
<b>Tabelle 3.</b> Zentrale soziodemographische und pflegebezogene Angaben der pflegenden Angehörigen und der Pflegeempfänger*innen der Stichprobe bestehend aus TEL-IG und KG (N = 273).....	49

### Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1.</b> Ressourcenaktivierung als positiver Rückkopplungsprozess zwischen therapeutischen Interventionen, Therapiebeziehung und Prozessen aufseiten des Patienten (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 68). .....	23
<b>Abbildung 2.</b> Das konsistenztheoretische Zwei-Prozess-Modell (Grawe, 2005, S. 303). .....	26
<b>Abbildung 3.</b> Flussdiagramm der Tele.TAnDem.Transfer-Studie. ....	48

### **Zusammenfassung**

Demenzerkrankungen gewinnen aufgrund des demografischen Wandels und der hohen Pflegebedürftigkeit der an Demenz erkrankten Menschen stark an Bedeutung in der Gesundheitsversorgung. Ohne Familienangehörige, die den Großteil der Pflege im privaten Haushalt leisten, wäre die Versorgung von Menschen mit Demenz nicht zu gewährleisten. Da pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz mit äußerst belastenden Anforderungen und Lebensveränderungen konfrontiert sind, die oftmals negative physische, psychologische, emotionale und soziale Auswirkungen haben, ist die Erforschung von Unterstützungsangeboten zur Förderung der Gesundheit und Lebensqualität vonnöten.

Bisher hat sich die Forschung zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz jedoch überwiegend darauf konzentriert, negative Aspekte zu lindern und abzuschwächen. Dieser Fokus spiegelt sich in der Gestaltung von Interventionen, in der Wahl der Erfolgsmaße, mit denen die Effekte von Interventionen evaluiert wurden, sowie in den untersuchten Wirkmechanismen, die den Effekten von Interventionen zugrunde liegen. Unter Berücksichtigung, dass Gesundheit jedoch mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit, besteht ein Bedarf an Forschung, die auch das positive Spektrum des menschlichen Funktionierens und Erlebens einbezieht.

Ziel der Dissertation ist es, die vorherrschenden Kompensationsansätze sowie die Problem- und Defizitorientierung durch die Betrachtung von Ressourcenaktivierung als Kapitalisierungsstrategie zur ganzheitlichen Förderung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zu ergänzen. Ressourcenaktivierung wurde von Grawe (1995, 1997) als einer von vier allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie aus dem Ergebnisstand der Psychotherapieforschung abgeleitet. Durch Ressourcenaktivierung soll ein positiver Rückkopplungsprozess angestoßen werden, der zu bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen führt und einen positiven therapeutischen Kontext für die erfolgreiche Problembearbeitung herstellt.

Ressourcenaktivierung stellt in Tele.TAnDem, einer telefonischen kognitiv-verhaltens-therapeutischen Intervention für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, eine übergeordnete Interventionsheuristik dar. Die Intervention verfolgt u.a. die Ziele, Ressourcen zu (re-)aktivieren, um Stressbewältigung, Wohlbefinden und die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung zu fördern.

In der vorliegenden Dissertation werden in drei Studien die Forschungsfragen untersucht, ob Tele.TAnDem (als ressourcenaktivierende Intervention) die Ressourcenrealisierung der pflegenden Angehörigen (als Indikator für eine erfolgreiche Ressourcenaktivierung) erhöht (Studie 1), ob Tele.TAnDem die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen (als Erfolgsmaß, das Behandlungseffekte im Sinne der breiteren psychosozialen Integration der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation erfasst) fördert (Studie 2), und ob die Zunahme der Ressourcenrealisierung die Behandlungseffekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität vermittelt (Studie 3).

Die Daten stammen aus einer randomisiert-kontrollierten Studie, in der die Effektivität der in etablierten Versorgungsstrukturen durchgeführten Tele.TAnDem-Intervention ( $n = 139$ ), die aus 12 50-minütigen Sitzungen über einen Zeitraum von 6 Monaten besteht, im Vergleich mit der Regelversorgung ( $n = 134$ ) evaluiert wurde. Zum Prä-, Post- und Follow-Up-Messzeitpunkt (6 Monate nach Ende der Intervention) füllten die Teilnehmer\*innen u.a. drei Skalen eines für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz adaptierten Fragebogens zur Erfassung der Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden, Stressbewältigung und soziale Unterstützung sowie den WHO-QoL-BREF aus, der Lebensqualität in einer Globalbeurteilung sowie in den Domänen psychologische Gesundheit, physische Gesundheit, soziale Beziehungen und Umwelt erhebt.

Die Ergebnisse zeigen, dass zum Post-Messzeitpunkt die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und Stressbewältigung (Studie 1) sowie die globale Lebensqualität, psychologische Gesundheit und physische Gesundheit (Studie 2) in der Interventionsgruppe signifikanter höher ausfielen als in der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse von parallelen multiplen Mediationsanalysen (Studie 3) liefern Hinweise darauf, dass die Effekte von Tele.TAnDem auf die globale Lebensqualität und die physische Gesundheit durch die Zunahme der Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und Stressbewältigung mediiert werden, während die durch Tele.TAnDem erzielte Verbesserung der psychologischen Gesundheit lediglich auf die erhöhte Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden zurückzuführen ist. Die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und Stressbewältigung liefern damit unterschiedliche und jeweils eigenständige, d.h. über den anderen Mediator hinausgehende Beiträge zur Erklärung der Behandlungseffekte auf die globale Lebensqualität und physische Gesundheit.

Studien 1 und 2 erweitern den bisherigen Kenntnisstand zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, indem sie zeigen, dass Tele.TAnDem nicht nur erfolgreich negative Auswirkungen der Pflege abschwächen und die Stressbewältigung stärken, sondern auch das Wohlbefinden und die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz fördern kann. Die Ergebnisse von Studie 3 weisen darauf hin, dass Interventionen, die sowohl Ressourcen für Wohlbefinden als auch Stressbewältigung re-aktivieren, die Lebensqualität in größerem Maße fördern können als Interventionen, die sich auf die Aktivierung von Ressourcen aus einem der beiden Bereiche beschränken. Damit bestätigen die Ergebnisse von Studie 3 die Bedeutung eines komplementären Fokus auf positive *und* negative Erfahrungen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz. Dass sich die Effekte dabei über die Realisierung von *Ressourcen* vermitteln, unterstreicht die zentrale Bedeutung von Ressourcenaktivierung im Rahmen des konsistenztheoretischen Zwei-Prozess-Modells.

Die kleinen Effektstärken und fehlenden Effekte zum Follow-Up-Messzeitpunkt in Studie 1 und Studie 2, die ein häufiges Ergebnis in der Forschung zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz darstellen, sowie die Limitationen der drei Studien werden diskutiert. Obwohl die Studien der Dissertation erste wichtige Erkenntnisse zur Bedeutung von Ressourcenaktivierung und -realisierung in der telefonischen kognitiven Verhaltenstherapie mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz liefern, so folgen sie in der gewählten Forschungsstrategie dem „Paket-Interventionsmodell“ und ermöglichen daher lediglich Aussagen über die Wirksamkeit des Gesamtpakets. Aufbauend auf die Ergebnisse der Wirksamkeitsuntersuchungen wird ein Ausblick auf weiterführende Untersuchungen zur Analyse des „Wie“ der Ressourcenaktivierung im Therapieprozess gegeben, die stärker dem kontextuellen Interventionsmodell folgen.

Zusammengefasst weist die vorliegende Dissertation auf die Bedeutung hin, problem- und störungsbezogene Interventionsheuristiken in der Therapie mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz um ressourcenaktivierende und Kapitalisierungsstrategien zu ergänzen. Der Aktivierung von Ressourcen, die Angehörigen helfen, Wohlbefinden zu erfahren und ihren alltäglichen Stress zu bewältigen, kommt zur Förderung der Lebensqualität eine besondere Bedeutung zu.

## 1 Einleitung

In der vorliegenden Dissertation werden in drei Studien die Forschungsfragen untersucht, ob Tele.TAnDem, eine telefonische kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, die Ressourcenrealisierung (Studie 1) sowie die Lebensqualität (Studie 2) in der Interventionsgruppe signifikant im Vergleich mit einer Kontrollgruppe erhöht und ob die Effekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität durch die Zunahme der Ressourcenrealisierung vermittelt werden (Studie 3). Im Folgenden gebe ich eine Übersicht des Aufbaus und der Struktur der Dissertation.

Im *ersten Kapitel* stelle ich dar, inwiefern pflegenden Angehörigen eine unersetzliche Rolle in der Versorgung von Menschen mit Demenz zukommt, die angesichts des demografischen Wandels und der hohen Pflegebedürftigkeit der erkrankten Menschen an Bedeutung gewinnt. Anschließend fasse ich die besonderen Belastungen und Belastungsfaktoren der pflegenden Angehörigen als „unsichtbare zweite Patienten“ zusammen.

Im *zweiten Kapitel* gehe ich darauf ein, dass die verfügbaren Ressourcen ausschlaggebend dafür sind, ob die Demenzpflege als subjektiv belastend erlebt wird. Ausgehend von der Kritik des fehlenden bzw. unzureichenden Einbezugs positiver Aspekte im transaktionalen Stressmodell und nachfolgenden Adaptionen, die den häufigsten theoretischen Bezugspunkt zur Erforschung von (Coping-) Ressourcen darstellen, arbeite ich anschließend die Bedeutung heraus, die vorherrschenden Kompensationsansätze durch Ressourcenorientierung und Kapitalisierungsansätze zu ergänzen. Zwei-Prozess- bzw. Zwei-Faktoren-Modelle werden als vielversprechende Rahmenmodelle für Unterstützungsangebote vorgestellt, die zur umfassenderen Förderung der Gesundheit darauf abzielen, sowohl negative Aspekte und Erfahrungen zu reduzieren als auch positive Aspekte und Erfahrungen zu stärken.

Im *dritten Kapitel* widme ich mich dem Potential, das der Ressourcenaktivierung zur Schließung der herausgearbeiteten Forschungsdesiderate zukommt. Ich zeige die zentrale Rolle auf, die Ressourcenaktivierung im Rahmen des konsistenztheoretischen Zwei-Prozess-Modells durch die Initiation eines positiven Rückkopplungsprozesses für bedürfnisbefriedigende Erfahrungen und die erfolgreiche Problembearbeitung spielt. Ich erläutere die konsistenztheoretische Grundlage der Ressourcenaktivierung sowie die Ressourcenorientierung als Interventionsleitbild und fasse die empirische Evidenz zur Ressourcenaktivierung zusammen.

Im *vierten Kapitel* ziehe ich das Zwischenfazit, dass es vielversprechend erscheint, Ressourcenaktivierung in Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz zu integrieren und als Wirkmechanismus zur umfassenden Förderung der Gesundheit zu untersuchen. Anschließend präsentiere ich die Forschungsfragen der vorliegenden Dissertation, ob Tele.TAnDem (als ressourcenaktivierende Intervention) die Ressourcenrealisierung der pflegenden Angehörigen (als Indikator für eine erfolgreiche Ressourcenaktivierung) erhöht (Studie 1), ob Tele.TAnDem die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen (als Erfolgsmaß, das Behandlungseffekte im Sinne der breiteren psychosozialen Integration der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation erfasst) fördert (Studie 2), und ob die Zunahme der Ressourcenrealisierung die Behandlungseffekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität vermittelt (Studie 3).

Im *fünften Kapitel* gebe ich einen Überblick, wie Tele.TAnDem vor dem Hintergrund der Anforderungen an hilfreiche Angehörigeninterventionen bei Demenz und der besonderen Eignung von kognitiver Verhaltenstherapie, den komplexen Belastungen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz therapeutisch gerecht werden zu können, entwickelt wurde. Ich gebe einen kurzen Einblick in die therapeutischen Inhalte, Interventionsmethoden und Rahmenbedingungen von Tele.TAnDem und beleuchte die Ressourcenaktivierung als übergeordnete Interventionsheuristik in Tele.TAnDem. Im Zuge der Vorstellung der Forschungsprojekte und empirischen Evidenz zu Tele.TAnDem gehe ich auch näher auf das Studiendesign, Setting, Vorgehen, die Stichprobe sowie die Implementierung der Intervention des Forschungsprojektes Tele.TAnDem.Transfer ein, aus dem die Daten der drei Studien der Dissertation stammen.

Im *sechsten Kapitel* gebe ich einen Überblick der drei Studien der Dissertation, indem ich die Forschungsfragen, das methodische Vorgehen und die Hauptergebnisse zusammenfasse und kurz diskutiere. Die zusammenfassende Diskussion und Einordnung der Studien erfolgt im *siebten Kapitel*, in dem ich die Relevanz der Ergebnisse der Studien, die kleinen Effektstärken, die fehlenden Follow-Up-Effekte und die Limitationen der Studien diskutiere. Im *achten Kapitel* gebe ich einen Ausblick auf weiterführende Untersuchungen zur Weiterentwicklung des „The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia“ und zur Analyse der Ressourcenaktivierung und komplementären Beziehungsgestaltung im Therapieprozess. Im *neunten Kapitel* fasse ich abschließend die klinischen Implikationen der Ergebnisse der Dissertation zusammen.



## **1.1 Die wachsende Bedeutung von Demenzerkrankungen in der Gesundheitsversorgung**

Der bundesweite Gesundheitsbericht „Gesundheit in Deutschland“ gibt einen eindrücklichen Überblick der komplexen Herausforderungen, die der demografische Wandel an die Gesundheitsversorgung in Deutschland stellt (Robert Koch Institut, 2015). So wird sich der Altersaufbau aufgrund der demografischen Alterung und des Bevölkerungsrückgangs weiter in Richtung alter und hochaltriger Menschen verschieben, womit die Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu altersassoziierten chronischen Erkrankungen einhergeht.

Demenzerkrankungen gewinnen dabei zukünftig stark an Bedeutung, da Betroffene eine besonders hohe Pflegebedürftigkeit aufweisen (Robert Koch Institut, 2015). Das Hauptmerkmal der Demenz stellt die Verschlechterung von kognitiven Fähigkeiten dar, zu denen Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache, Auffassungsgabe, Denkvermögen und Orientierungssinn zählen (Kurz, Freter, Saxl, & Nickel, 2018). Hinzu können Veränderungen des Sozialverhaltens, der Persönlichkeit, des Antriebs, der Stimmung oder des Wirklichkeitsbezugs kommen. Zurzeit ist keine Heilung von Demenzerkrankungen möglich. Medikamente können lediglich das Fortschreiten von Symptomen verzögern. Schon bei einer mittelschweren Demenz ist die selbstständige Lebensführung hochgradig eingeschränkt; das Stadium der schweren Demenz ist durch vollständige Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet (Kurz et al., 2018).

Das Ausmaß des aktuellen und zukünftig noch ausgeprägteren Pflegebedarfs wird auch dadurch deutlich, dass gegenwärtig 1,7 Millionen Menschen in Deutschland an Demenz erkrankt sind und die Prävalenzraten bis zum Jahr 2050 voraussichtlich auf ca. 3 Millionen steigen werden (Kurz et al., 2018). Die Anzahl von weltweit 50 Millionen Betroffenen wird sich bis 2050 sogar mehr als verdreifachen (Alzheimer's Disease International, 2018). Für diesen dramatischen Anstieg ist neben dem Anstieg der Lebenserwartung vor allem die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge der sog. „Babyboomer“ verantwortlich, die in den nächsten Jahrzehnten eine Altersspanne erreichen, in der das Risiko, an Demenz zu erkranken, exponentiell zunimmt (Kurz et al., 2018). Unter den 80-jährigen erkrankt jeder Sechste an Demenz. Bei 90-jährigen liegt die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, sogar bei fast 50% (Kurz et al., 2018).

### 1.2 Die unersetzliche Rolle der pflegenden Angehörigen als „größter Pflegedienst“

Aufgrund der hohen Pflegebedürftigkeit ist die Anzahl der von Demenz Betroffenen nicht auf die Erkrankten beschränkt, sondern weitet sich auf die Familienangehörigen aus. Zwei Drittel der an Demenz Erkrankten wird in Deutschland von ihren Angehörigen im privaten Haushalt gepflegt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018). Damit sind pflegende Angehörige „Deutschlands größter Pflegedienst“ (Wetzstein, Rommel, & Lange, 2015).

Wie sehr die Gesundheitssysteme auf pflegende Angehörige in der Pflege von Menschen mit Demenz angewiesen sind, geht aus dem aktuellen „World Alzheimer Report“ (Alzheimer’s Disease International, 2018) hervor: Die von Angehörigen erbrachte Demenzpflege beläuft sich auf jährlich 82 Milliarden Stunden und entspricht 40 Millionen Vollzeitjobs. Forschung, die sich den häuslich pflegenden Angehörigen widmet, ist dabei nicht nur so wichtig, weil eine Gesundheitsversorgung der Menschen mit Demenz ohne häuslich pflegende Angehörige nicht zu gewährleisten wäre, sondern auch, weil die häusliche Pflege die präferierte Wahl von Betroffenen nach einer Demenzdiagnose darstellt (Alzheimer’s Disease International, 2018).

### 1.3 Die pflegenden Angehörigen als „unsichtbare zweite Patienten“

Die Pflege eines an Demenz erkrankten Angehörigen hat vielfach erhebliche physische, psychologische, emotionale, soziale und finanzielle Auswirkungen auf die pflegenden Angehörigen, die zu einer großen Belastung führen können. Pflegende Angehörige werden daher auch oft als „die unsichtbaren zweiten Patienten“ (Brodaty & Donkin, 2009, S. 217) bezeichnet. Meta-analytische Befunde deuten darauf hin, dass pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz häufiger depressiv und gestresst sind sowie ein geringeres subjektives Wohlbefinden, eine geringere physische Gesundheit und geringere Selbstwirksamkeit berichten als Nicht-Pflegende oder pflegende Angehörige von altersgebrechlichen Gepflegten ohne Demenzerkrankung (Pinquart & Sörensen, 2003). Unter pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz liegen die Prävalenzraten für Depressivität bei 30-50% (Joling et al., 2015) und für Angststörungen bei 25% (Cooper, Balamurali, Selwood, & Livingston, 2007). Weiterhin ist zum Beispiel die Vulnerabilität für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und für Dysregulationen endokrinologischer und immunologischer Parameter erhöht (Lovell & Wetherell, 2011; Mausbach, Patterson, Rabinowitz, Grant, & Schulz, 2007).

Kunzler, Skoluda und Nater (2018) fassen die besonderen Belastungsfaktoren von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz wie folgt zusammen:

- Höheres Lebensalter der Pflegepersonen und ggf. Konfrontation mit altersassoziierten Beeinträchtigungen der eigenen Gesundheit
- Kontinuierlich anhaltende Belastung aufgrund von Krankheitsprogression und schwer abschätzbare Krankheitsdauer
- Demenzsymptomatik, insbesondere negative Veränderungen zwischenmenschlicher Verhaltensweisen oder der Persönlichkeit des Betroffenen sowie oftmals unzureichende oder fehlende Krankheitseinsicht der Patienten (z.B. je nach Schweregrad 20–80% der Alzheimer-Patienten)
- Erhebliche Einschränkungen der eigenen Lebensgestaltung bis hin zur sozialen Isolation aufgrund des im Krankheitsverlauf zunehmenden Betreuungsaufwands und der teilweise erforderlichen ständigen Beaufsichtigung im Falle von mangelnder Orientierungsfähigkeit und „Weglauftendenzen“ (S. 11)

### **2 Die Ressourcen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz:**

#### **Von Kompensationsmodellen zur Bedeutung von Kapitalisierung in Zwei-Prozess-Modellen**

Obwohl pflegende Angehörige großem Stress ausgesetzt sind, empfinden nicht alle die Pflegesituation als gleichermaßen belastend und viele berichten auch positive Erfahrungen in der Pflege. Dafür scheinen weniger Unterschiede in *objektiven Stressoren* als vielmehr Unterschiede in der *subjektiven Bewertung* der Pflegesituation ausschlaggebend (Nolan, Grant, & Keady, 1996). Die subjektive Bewertung hängt wiederum von der Einschätzung der pflegenden Angehörigen ab, ob die verfügbaren Ressourcen zur Bewältigung der Stressoren ausreichen. Der häufigste theoretische Bezugspunkt zur Erforschung dieser Ressourcen ist *das transaktionale Stressmodell* von Lazarus und Folkman (1984) sowie nachfolgende Adaptionen (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, & Whitlatch, 1995; Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990). Im Folgenden arbeite ich ausgehend von der Kritik an den Stress-Coping-Modellen des fehlenden bzw. unzureichenden Einbezugs positiver Aspekte die Bedeutung heraus, die vorherrschenden Kompensationsansätze durch Ressourcenorientierung und Kapitalisierungsansätze im Rahmen von Zwei-Prozess- bzw. Zwei-Faktoren-Modellen zu ergänzen.

#### **2.1 Kritik am transaktionalen Stressmodell und nachfolgenden Adaptionen: Der fehlende Einbezug des Positiven**

Ein vielfach gegen das transaktionale Stressmodell (Lazarus & Folkman, 1984) und nachfolgende Adaptionen im Kontext pflegender Angehöriger (Aneshensel et al., 1995; Pearlin et al., 1990) vorgebrachter Kritikpunkt ist der fehlende bzw. unzureichende Einbezug positiver Konstrukte (Stansfeld et al., 2017). Dadurch blieb das Verständnis von Wohlbefinden, Gesundheit und Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz insofern beschränkt, als Wohlbefinden überwiegend einem "loss-deficit model" folgend als die Abwesenheit von negativen Faktoren wie Stress und Depression erfasst wurde (Stansfeld et al., 2017). Wie Farran (1997) am Beispiel des Begriffs "adaptation" ausführt, "the term 'adaptation' implies that caregivers make the necessary 'adjustment', but the term adaptation does not necessarily facilitate the notion that one might 'go beyond' the situation to find positive aspects associated with such a stressful experience as caregiving" (p. 251). Positive Aspekte und Belastungen stellen jedoch nicht entgegengesetzte Pole eines Kontinuums, sondern separate Dimensionen der Pflegeerfahrung dar (Kramer, 1997). Forschungsbefunde weisen darauf hin, dass positives Appraisal (gain) und negatives Appraisal

(strain) unabhängiger voneinander sind als vielfach implizit oder explizit angenommen. Sie werden durch unterschiedliche Prädiktoren vorhergesagt (Kramer, 1997) und stellen wiederum eigenständige Prädiktoren des affektiven Erlebens pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz dar (Rapp & Chao, 2000).

## **2.2 Zwei-Prozess-Modelle: Ressourcenorientierung und Kapitalisierung als Ergänzung zur Problemorientierung und Kompensation**

Es bedarf auch in der Forschung zu pflegenden Angehörigen einer Ergänzung der traditionell in der Psychologie vorherrschenden Problemorientierung und Kompensationsansätze durch Ressourcenorientierung und Kapitalisierungsansätze. Kompensationsansätze stellen die Reduktion spezifischer Defizite in den Vordergrund, während Kapitalisierungsansätze die bei Patient\*innen vorhandenen Stärken, Kompetenzen und Fertigkeiten als persönliches Kapital gezielt aufgreifen und nutzen (Flückiger & Wüsten, 2014; Willutzki & Teismann, 2013). Wie Brunner (2016) zusammenfassend darstellt, ist die Orientierung an den Ressourcen „ein notwendiges Korrektiv zu einer unausgewogenen Problem- und Defizitorientierung“ (S. 256). Dennoch stehen Problem- und Ressourcenorientierung bzw. Kompensations- und Kapitalisierungsansätze „nicht in Opposition zueinander, sondern in einem Ergänzungsverhältnis“ (S. 256).

Auch in der positiven Psychologie wird auf die Bedeutung eines zur Betrachtung der „negativen“ Dimensionen von *weaknesses*, *unhealthy processes* und *voids* komplementären Fokus auf die „positiven“ Dimensionen von *strengths*, *healthy processes* und *fulfilments* hingewiesen (Lopez, Snyder, & Rasmussen, 2003). Es wird insbesondere empfohlen, dass Zusammenspiel bzw. die Wechselwirkungen der positiven und negativen Dimensionen in der Person-Umwelt-Interaktion zu erforschen. Keyes, Fredrickson und Park (2012) haben die empirische Evidenz für ein Zwei-Faktoren-Modell des psychischen Funktionierens zusammengefasst, dem zufolge psychische Krankheit und psychische Gesundheit zwei korrelierte, aber eigenständige latente Faktoren und nicht einen einzigen Faktor darstellen:

Support for the two factor model provides the strongest scientific evidence to date in support of the complete health approach to mental health. That is, the evidence indicates that the absence of mental illness does not imply the presence of mental health, and the absence of mental health does not imply the presence of mental illness. Thus, neither the pathogenic

nor salutogenic approaches alone accurately describe the mental health of a population. (S. 102)

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der Definition der World Health Organization (2014), dass Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen [ist]“ (S. 1).

Zwei-Prozess- bzw. Zwei-Faktoren-Modelle, die positive und negative Aspekte der Pflege als separate Dimensionen konzeptualisieren und positive und negative Dimensionen von psychologischem Wohlbefinden unterscheiden, haben in der Forschung zu pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zunehmend an Bedeutung gewonnen (Crellin et al., 2014; Lawton, Moss, Kleban, Glicksman, & Rovine, 1991). Das zentrale Merkmal dieser Modelle ist, dass von zwei parallelen Prozessen ausgegangen wird, durch die positive Aspekte der Pflege die positive Dimension von Wohlbefinden und negative Aspekte der Pflege die negative Dimension des Wohlbefindens kongruent zu ihrer Valenz beeinflussen (domain-specific effects hypothesis). In einer Meta-Analyse fanden Pinquart und Sörensen (2004), dass die domänenspezifischen bzw. kongruenten Effekte von positiven Aspekten der Pflege (uplifts) auf die positive Dimension des Wohlbefindens (subjektives Wohlbefinden) und von negativen Aspekten (pflegebedingter Stress) auf die negative Dimension von Wohlbefinden (Depressivität) signifikant größer ausfielen als die sog. Crossover-Effekte. Es ist jedoch nicht verwunderlich, dass sich eine völlige Unabhängigkeit der Pfade empirisch nicht findet, sondern Wechselwirkungen bestehen (Crellin et al., 2014; Pinquart & Sörensen, 2004).

Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz sollten daher zur umfassenderen Förderung des Wohlbefindens neben der Reduzierung von negativen Aspekten auch positive Aspekte fördern und zur Erfassung der Effekte das ganze Spektrum menschlichen Erlebens und Funktionierens einschließen. Dennoch sind die Faktoren, die zu positiven Aspekten der Pflege beitragen, sowie die Zusammenhänge der positiven Faktoren und dem Wohlbefinden „extremely under researched“ (Crellin et al., 2014, S. 945). Im folgenden Kapitel widme ich mich dem Potential, das der Ressourcenaktivierung zur Schließung der herausgearbeiteten Forschungsdesiderate zukommt. Ich werde auf die zentrale Rolle eingehen, die Ressourcenaktivierung im Rahmen des konsistenztheoretischen Zwei-Prozess-Modells durch die

Initiation eines positiven Rückkopplungsprozesses für bedürfnisbefriedigende Erfahrungen und die erfolgreiche Problembearbeitung spielt.

### **3 Ressourcenaktivierung: Konsistenztheoretische Grundlage, Interventionsleitbild und empirische Evidenz**

Dieses Kapitel gibt einen Überblick zur Ressourcenaktivierung. Als erstes werde ich die Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens von Grawe (1998) als Rahmenmodell zum Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen einführen, um anschließend Ressourcenaktivierung als therapeutische Heuristik zu erläutern, die den pathogenetischen Prozessen einen positiven Rückkopplungsprozess in umgekehrter Richtung entgegensetzt. Ich werde dabei auf die Bedeutung von Ressourcenaktivierung im Rahmen des konsistenztheoretischen Zwei-Prozess-Modells, auf Ressourcenorientierung als Interventionsleitbild und auf die empirische Evidenz zur Ressourcenaktivierung eingehen.

#### **3.1 Die Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens von Grawe (1998)**

Grawe (1998) hat die Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens als eine empirisch-psychologisch und neurowissenschaftlich fundierte Theorie der Psychotherapie entwickelt. Nach der Konsistenztheorie stellt das Streben nach Konsistenz und Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen und psychischen Prozesse das Grundprinzip des psychischen Funktionierens dar. Je besser die Prozesse miteinander vereinbar und aufeinander abgestimmt sind, sich gegenseitig fördern und in die gleiche Richtung zielen, umso besser wird eine Befriedigung der Grundbedürfnisse gelingen. Die Konsistenztheorie geht von vier Grundbedürfnissen aus: Kontrolle und Orientierung, Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz, Bindung, Lustgewinn und Unlustvermeidung. Im Laufe des Lebens entwickeln Menschen individuelle *motivationale Ziele* (auch *motivationale Ressourcen* genannt; Smith & Grawe, 2003a) zur Befriedigung der universellen, d.h. allen Menschen gemeinen Grundbedürfnisse. Im Unterschied zu den Grundbedürfnissen beziehen sich motivationale Ziele auf konkrete Situationen oder Klassen von Situationen. Motivationale Ziele lassen sich in *Annäherungsziele* zur Maximierung bedürfnisbefriedigender Erfahrungen und *Vermeidungsziele* zur Minimierung bedürfnisverletzender Erfahrungen unterscheiden. *Ressourcenpotentiale* sind die Fertigkeiten und Fähigkeiten, die Menschen als Mittel zur Verfolgung der motivationalen Ziele zur Verfügung haben. Das Ausmaß, in dem Ressourcen aktiv genutzt werden, wird *Ressourcenrealisierung* genannt und trägt zum Erleben von *Kongruenz* zwischen den aktivierten motivationalen Zielen und der Wahrnehmung von deren Verwirklichung bei. Die zweite Form von



Konsistenz neben der Kongruenz (Konsistenz im Abgleich zwischen Innenwelt und Außenwelt) ist die *Konkordanz*, mit der die Vereinbarkeit von gleichzeitig aktivierten motivationalen Zielen gemeint ist (systeminterne Konsistenz).<sup>1</sup>

### **3.1.1 Die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen nach der Konsistenztheorie**

Psychische Störungen entstehen nach der Konsistenztheorie durch Inkongruenz und Diskordanz. Dass Menschen Inkongruenz zwischen ihren motivationalen Zielen und deren Verwirklichung erleben, kann daran liegen, „dass die aktuelle Lebenssituation derart gestaltet ist, dass prinzipiell vorhandene Ressourcen nicht zum Einsatz kommen können und folglich brachliegen oder überhaupt nicht mehr im subjektiven Handlungsraum vertreten sind“ (Schmied & Grawe, 2013, S. 167f). Häufig resultiert Inkongruenz jedoch nicht nur daraus, dass Patient\*innen ihr vorhandenes Potential nicht nutzen, sondern aus Diskordanz. Durch wiederholte bedürfnisverletzende Erfahrungen werden Vermeidungsziele stark aktiviert, um eine wiederholte Verletzung zu vermeiden. Die Vermeidungsziele blockieren und hemmen die gleichzeitig aktivierten Annäherungsziele, so dass Inkonsistenz entsteht. Um das psychische Geschehen wieder zu ordnen und die Konsistenz zu sichern, entstehen neue Ordnungsmuster, die durch die wiederholte Bahnung neuronaler Erregungsbereitschaften in Folge der kurzfristigen Abnahme der Inkonsistenzspannung feste Störungsmuster etablieren. Das neu gebahnte neuronale Netzwerk ist leicht aktivierbar, „auch wenn sich die seiner Entstehung zugrunde liegende inkonsistenz erzeugende Konstellation ändern sollte“ (Grosse Holtforth & Grawe, 2004, S. 12). Da von unterschiedlichen Ausgangsbedingungen aus immer wieder das gleiche Muster aktiviert wird, wird der Begriff *Störungsattraktor* verwendet. Damit hat die psychische Störung eine Eigendynamik entwickelt. Auch wenn das Störungsmuster einen Versuch der Konsistenzsicherung darstellt, so steht es mit seinen stark ausgeprägten

---

<sup>1</sup> In ihrem Gespräch mit Uwe Britten würdigen Bernhard Strauß und Ulrike Willutzki (2018), dass bereits Carl Rogers eine Kongruenztheorie entworfen hat, die „Klaus Grawe in der Hochburg der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, nämlich Hamburg, [...] aufgesogen hat“ (S. 49). Dennoch kommt nach Bernhard Strauß Grawe das Verdienst zu, dass „er das Kongruenzmodell noch mal auf den Punkt gebracht [hat], in einer etwas moderneren Sprache. [...] Grawe zeichnet aus, dass er versucht hat, eben die allgemeinspsychologischen Theorien zusammenzubringen, die sonst gar nicht so im Bewusstsein wären“ (Strauß & Willutzki, 2018, S. 50).

Vermeidungszielen jedoch der Befriedigung der Grundbedürfnisse entgegen, die durch Annäherungsziele verfolgt wird, und stellt somit letztlich eine Inkongruenzquelle dar.

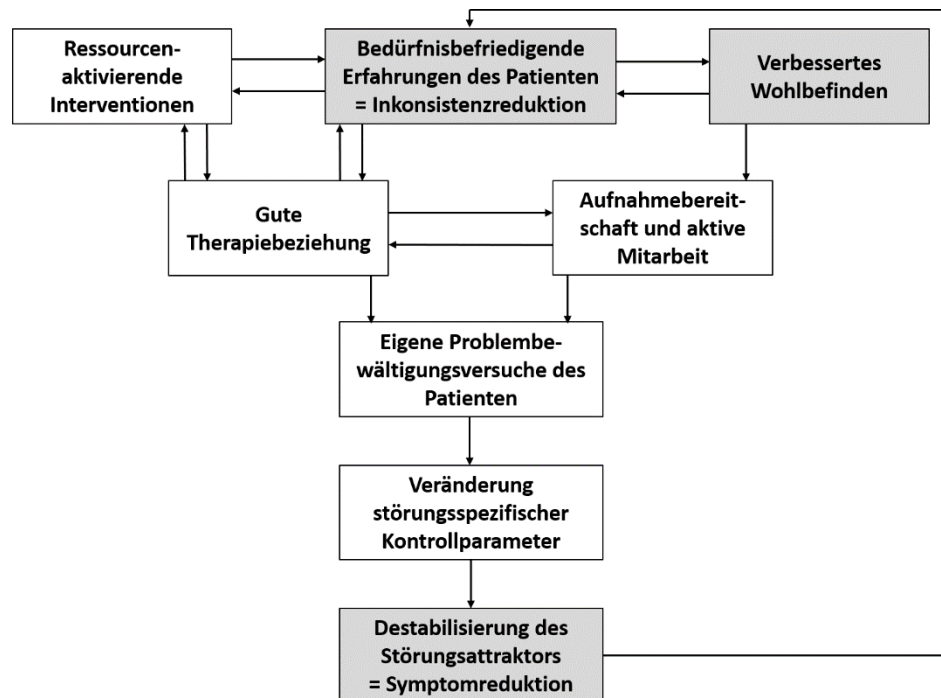
#### **3.1.2 Ressourcenaktivierung als therapeutische Heuristik zur Bedürfnisbefriedigung**

Ressourcenaktivierung stellt nach Grawe (1997) das Alpha und Omega von effektiver Therapie dar.<sup>2</sup> Den oben genannten Prozessen der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen soll durch Ressourcenaktivierung ein positiver Rückkopplungsprozess in umgekehrter Richtung entgegengesetzt werden, der zu bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen und der Destabilisierung der Störungsattraktoren führt. Zusammen mit Problemaktualisierung, aktiver Hilfe zur Problembewältigung und motivationaler Klärung hat Grawe (1995, 1997) Ressourcenaktivierung als allgemeinen, d.h. therapieschulenübergreifenden Wirkfaktor von Psychotherapie aus dem Stand der Psychotherapieforschung abgeleitet. Ressourcenaktivierung bedeutet, dem Patienten zu ermöglichen, „sich in der Psychotherapie von seinen Stärken und positiven Seiten zu zeigen und sich in ihnen beachtet zu erleben“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 67). Wie Grawe und Grawe-Gerber (1999) weiter ausführen, bestehen die selbstwertbestätigenden Erfahrungen nicht bloß in einem Lob, sondern sind in der eigenen Erfahrung der Patient\*innen fundiert. Ressourcenaktivierung zielt darauf ab, den folgenden positiven Rückkopplungsprozess anzustoßen: Wenn sich Patient\*innen in der Therapie als fähig erleben, steigt ihre Stimmung, wodurch leichter positive Erinnerungen aktiviert werden und infolge eines erhöhten Kontrollerlebens und Vertrauens in die eigenen Stärken positive Erwartungshaltungen entstehen, die im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung zu bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen und einem verbesserten Wohlbefinden führen. Durch Erfolgserlebnisse wird das Vertrauen der Patient\*innen gestärkt, dass die Therapie wirkt. Folglich verbessert sich die Qualität der Therapiebeziehung sowie die Aufnahmebereitschaft und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit der Patient\*innen. „Damit verbessern sich die Voraussetzungen für das Wirksamwerden aller sonstigen spezifischen Einflüsse, die von dem therapeutischen Vorgehen ausgehen mögen.“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 68). Aus diesem Grund kommt der

---

<sup>2</sup> Auf die Frage von Uwe Britten, ob die Ressourcenaktivierung der wichtigste Wirkfaktor sei, wenn die Wirkfaktoren in eine Hierarchie gebracht werden müssten, antwortete Ulrike Willutzki: „Sagen wir anders: Ohne sie geht's nicht“ (Strauß & Willutzki, 2018, S. 91).

Ressourcenaktivierung eine so zentrale Bedeutung zu: Ohne sie könnten andere therapeutische Mechanismen nicht gleichermaßen aktiv werden und greifen (Grawe, 1997). Über die erhöhte Wahrscheinlichkeit eigener Problembewältigungsversuche kann Ressourcenaktivierung auch störungsspezifische Kontrollparameter verändern und darüber zur Symptomreduktion führen. Umgekehrt zu den oben beschriebenen Prozessen der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen, aber einer analogen Logik folgend, gewinnen nun die stärker aktivierten, auf Bedürfnisbefriedigung ausgerichteten Annäherungsziele zunehmend die Oberhand gegenüber problematischen Ordnungsmustern, die dadurch destabilisiert werden. Etablierte Attraktoren werden so durch korrektive Erfahrungen überschrieben und es etablieren sich neue, angemessene Verhaltensmuster. Der beschriebene positive Rückkopplungsprozess ist in Abbildung 1 noch einmal graphisch dargestellt.



**Abbildung 1.** Ressourcenaktivierung als positiver Rückkopplungsprozess zwischen therapeutischen Interventionen, Therapiebeziehung und Prozessen aufseiten des Patienten (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 68). Die Pfeile stehen für fördernde, aktivierende Einflüsse.

### 3.1.2.1 Inhaltliche und prozessuale Ressourcenaktivierung

Grawe und Grawe-Gerber (1999) haben zwischen der inhaltlichen Thematisierung und der prozessualen Aktivierung von Ressourcen unterschieden. Eine inhaltliche Thematisierung von

Ressourcen besteht aus dem Ansprechen von Stärken und Lebensbereichen, in denen sich die Patientin bzw. der Patient als kompetent erlebt, oder der Verwendung von Ausdrücken, Begriffen und Bildern, die eine positive Bedeutung für die Ziele der Patientin bzw. des Patienten haben und diese aktivieren (Groß, Stemmler, & de Zwaan, 2012). Wenn Therapeut\*innen den Patient\*innen in der Therapie positive Erfahrungen im Sinne ihrer potentialen und motivationalen Ressourcen ermöglichen, ohne diese ausdrücklich anzusprechen, aktivieren sie Ressourcen prozessual, z.B. indem sie das therapeutische Vorgehen so wählen, dass die Patient\*innen sich als kompetent erleben können oder sie die therapeutische Beziehung komplementär zu den wichtigsten motivationalen Zielen der Patient\*innen gestalten (komplementäre bzw. motivorientierte Beziehungsgestaltung). Da die komplementäre bzw. motivorientierte Beziehungsgestaltung eine zentrale therapeutische Heuristik zur prozessualen Ressourcenaktivierung und Bedürfnisbefriedigung darstellt wird sie im folgenden Abschnitt genauer vorgestellt.

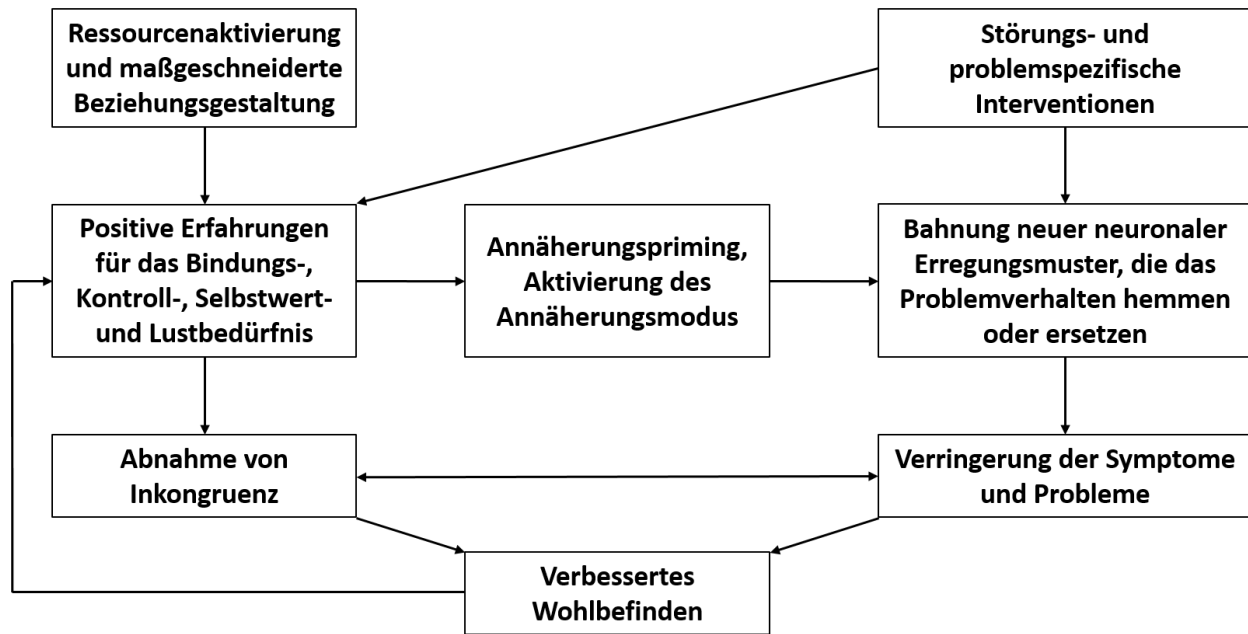
#### **3.1.3 Motivorientierte Beziehungsgestaltung als therapeutische Heuristik zur Bedürfnisbefriedigung.**

Die motivorientierte bzw. komplementäre Beziehungsgestaltung stellt eine zentrale therapeutische Heuristik für den Aufbau eines positiven Therapieprozesses dar. Flückiger und Grosse Holtforth (2011) erläutern die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ressourcenaktivierung und motivorientierten Beziehungsgestaltung wie folgt:

Zwischen Ressourcenaktivierung und motivorientierter Beziehungsgestaltung bestehen insofern konzeptuelle Überschneidungen, als beide Konzepte sich an der Bedürfnisbefriedigung des Patienten orientieren. So kann die Therapiebeziehung einerseits als Teil der Ressourcenaktivierung verstanden werden, andererseits kann Ressourcenaktivierung als Teil der motivorientierten Beziehungsgestaltung definiert werden (z. B. „ressourcenorientierte Beziehungsgestaltung“, Grawe, 1998, S. 541 ff). Unterschiedliche Perspektiven werden insofern eingenommen, als die motivorientierte Beziehungsgestaltung sowohl problematische als auch unproblematische motivationale Aspekte zu verstehen und in einem Gesamtmodell zu integrieren versucht (Caspar, 2007), während die Ressourcenperspektive im gesamten therapeutischen Unterfangen aktiv nach positiven,

nützlichen Aspekten sucht und versucht, diese für die Therapie zu nutzen (Schemmel & Schaller, 2003). (S.40)

Nach dem Konzept der motivorientierten bzw. komplementären Beziehungsgestaltung sollen die bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen, die für den Aufbau eines positiven therapeutischen Kontextes für erfolgreiche Lern- und Veränderungsprozesse so wichtig sind, dadurch erreicht werden, dass sich Therapeut\*innen komplementär zu den motivationalen Zielen der Patient\*innen verhalten oder den Patient\*innen positive Wahrnehmungen hinsichtlich der übergeordneten Bedürfnisse ermöglichen (Stucki & Grawe, 2007). So könnte sich z.B. günstig auf das Bedürfnis der Patient\*innen nach Kontrolle auswirken, die Therapiesitzung möglichst transparent zu gestalten, alles genau zu erklären und die Patient\*innen in alle Schritte und Entscheidungen des Vorgehens miteinzubeziehen (Stucki & Grawe, 2007). Ausgangspunkt der motivorientierten Beziehungsgestaltung ist, dass die motivationalen Ziele der Patient\*innen nicht nur außerhalb, sondern insbesondere auch innerhalb des therapeutischen Settings aktiviert sind und demnach auch in der therapeutischen Beziehung befriedigt werden können. Wie Grawe (1998) ausführt, „muss sich [der Patient] in seinem Identitätsziel grundsätzlich erkannt und angenommen fühlen und das muss ihm immer wieder vermittelt werden, damit andere Intentionen sein Therapieverhalten bestimmen können“ (S.68). Durch die motivorientierte Beziehungsgestaltung können Patient\*innen einerseits direkt eine Zunahme an Kongruenz bzw. eine Abnahme von Inkongruenz erfahren, während andererseits das Annäherungssystem aktiviert wird. Dadurch erhöht sich die Aufnahmebereitschaft für störungs- und problemspezifische Interventionen sowie die Selbstöffnungs- und Veränderungsbereitschaft als Grundlage für eine erfolgreiche Problembearbeitung, die altes Problemverhalten hemmt und durch die Bahnung neuer neuronaler Erregungsmuster ersetzt (siehe Abbildung 2).



**Abbildung 2.** Das konsistenztheoretische Zwei-Prozess-Modell bzw. die konsistenztheoretische Version des dualen Therapiemodells (Grawe, 2005, S. 303). Der linke Strang stellt den störungs- und methodenübergreifenden Prozessstrang, der rechte Strang den störungsorientierten Methodenstrang dar.

#### 3.1.3.1 Komplementäre Beziehungsgestaltung nach Sachse (2016)

Ein weiteres Komplementaritätskonzept stammt von Sachse (2016), der sechs grundlegende Beziehungsmotive unterschieden hat, auf deren Befriedigung menschliches Verhalten ausgerichtet ist: Anerkennung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit, Solidarität, Autonomie, Grenzen. Da nicht alle Motive für alle Menschen von gleicher Bedeutung sind, gilt es für Therapeut\*innen, das zentrale Beziehungsmotiv zu identifizieren und sich zu *diesem* in der Therapie komplementär, d.h. bedürfnisbefriedigend zu verhalten. Auf das Komplementaritätskonzept von Sachse (2016) wird im Zuge der Vorstellung der Tele.TAnDem-Intervention und der im Behandlungsmanual als übergeordnete Interventionsheuristik verankerten Ressourcenaktivierung noch konkreter eingegangen (siehe 5.3.2).

#### 3.1.4 Das Konsistenztheoretische Zwei-Prozess-Modell.

Die beiden Prozesse, über die sich die Wirkung von Psychotherapie entfaltet, bestehen demnach aus der Konsistenzverbesserung durch bedürfnisbefriedigende Erfahrungen und der

Konsistenzverbesserung durch erfolgreiche Problembearbeitung (Grawe, 2005). Konsistenztheoretisch stellen die Ressourcenaktivierung und motivorientierte Beziehungsgestaltung den „Prozessstrang“ des dualen Therapiemodells von Schulte (1998) dar, d.h. die störungs- und methodenübergreifenden Einflussfaktoren (siehe linker „Strang“ in Abbildung 2), die neben den methoden- und störungsorientierten Therapiemethoden im engeren Sinne („Methodenstrang“; siehe rechter „Strang“ in Abbildung 2) den Verlauf und das Ergebnis von Therapien beeinflussen. Wie die obigen Erläuterungen bereits zeigen sollten, weist das konsistenztheoretische Zwei-Prozess-Modell bzw. die konsistenztheoretische Interpretation des dualen Therapiemodells auf die enorme Bedeutung der Ressourcenaktivierung und motivorientierten Beziehungsgestaltung hin, die nicht nur zu bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen führen, sondern durch die Initiation eines positiven Rückkopplungsprozesses auch einen positiven therapeutischen Kontext für die erfolgreiche Problembearbeitung herstellen. Das konsistenztheoretische Zwei-Prozess-Modell ist in Abbildung 2 (S. 26) graphisch zusammengefasst.

### **3.2 Ressourcenorientierung als Interventionsleitbild**

Flückiger, Held, Wolfer, Allemann und Visla (2017) haben herausgearbeitet, dass Ressourcenorientierung auf verschiedenen Interventionsebenen stattfinden kann und je nach Interventionsmodell unterschiedliche Schwerpunkte hat. Sie stellen dabei die beiden vorherrschenden evidenzbasierten Interventionsmodelle des „Paket-Interventionsmodells“ und des „kontextuellen Interventionsmodells“ gegenüber. Das Paket-Interventionsmodell folgt der Logik des klassisch-medizinischen Rahmenmodells: Die Wirksamkeit eines ressourcenorientierten Behandlungspakets, das manualisiert konkrete ressourcenorientierte Strukturinterventionen bereitstellt und von Therapeut\*innen möglichst adhärent angewendet werden soll, wird in randomisiert-kontrollierten Studien möglichst eindeutig, d.h. intern valide, hinsichtlich der Erreichung spezifischer primärer Endpunkte überprüft.

Nach Flückiger et al. (2017) erfordert Ressourcenorientierung über das Denken in Interventionspaketen hinausgehend die *kontextuelle* Betrachtung der Einflüsse von ressourcenorientierten Behandlungsprozessen und -prinzipien auf individueller, dyadisch-therapeutischer und sozialer Ebene für die Gesundheit der Patient\*innen im Sinne der breiteren psychosozialen Integration der Gesundheitsdefinition der World Health Organization (WHO). Im

kontextuellen Interventionsmodell kommt dem Einzelfall durch die Auseinandersetzung mit Fallkonzeption, selektiver und adaptiver Indikation und Responsiveness (d.h. das Sich-Einstellen des Therapeuten auf Besonderheiten eines Patienten im Therapieprozess; Caspar & Grosse Holtforth, 2009) große Bedeutung zu. Während Forschung, die dem Paket-Interventionsmodell folgt, auf die Evidenzbasierung von Gesamtpaketen ausgerichtet ist, zielt am kontextuellen Interventionsmodell orientierte Forschung auf die Formulierung und Evidenzbasierung von therapeutischen Heuristiken ab. Nach Flückiger und Kosfelder (2010) sind Interventionsheuristiken „den konkreten Interventionen übergeordnete Strategien oder Taktiken, welche es dem Therapeuten erleichtern, im Therapieprozess handlungsfähig zu bleiben und den Prozess in der Patient-Therapeuten-Interaktion aktiv mitzugestalten“ (S. 368). Während Therapiemanuale das „Was-machen“ fokussieren, bezieht sich Ressourcenorientierung als übergeordnete Interventionsheuristik eher auf das „Wie Machen“ (Flückiger & Kosfelder, 2010). Grawe und Grawe-Gerber (1999) haben die Auffassung vertreten, „dass für die Art, *wie* die therapeutischen Veränderungen herbeigeführt werden sollen, aber der Ressourcenaspekt eher wichtiger ist als der Problemaspekt“ (S. 63, Hervorhebung im Original). Ihnen zufolge entspricht Ressourcenaktivierung „mehr einer *therapeutischen Haltung* als einer therapeutischen Technik“ (S. 63, Hervorhebung im Original).

#### **3.3 Empirische Evidenz zur Ressourcenaktivierung**

Die Bedeutung von Ressourcenaktivierung für erfolgreiche Therapieverläufe und -ergebnisse wird durch eine breite empirische Evidenzbasis aus korrelativen Prozess-Outcome-Studien und experimentellen Studien gestützt. Übersichten, die stärker auch Ergebnisse zur differentiellen Indikation und zur Nutzung und Herbeiführung positiver Veränderungserwartungen einbeziehen, finden sich bei Flückiger und Kosfelder (2010) sowie Flückiger und Regli (2007).

##### **3.3.1 Zusammenhänge von Ressourcenaktivierung und Therapieergebnis**

Erfolgreiche Therapien unterscheiden sich von erfolglosen Therapien nicht durch das Ausmaß der Problemaktualisierung, sondern durch eine ausgeprägtere Ressourcenaktivierung (Gassmann & Grawe, 2006). In Therapien mit hohem Erfolg erfolgte sowohl häufiger eine Thematisierung als auch prozessuale Aktivierung intrapersonaler Ressourcen im Vergleich zu Therapien mit geringem und mittlerem Erfolg (Gassmann & Grawe, 2004). Die globale Ressourcenaktivierung und die Qualität der Ressourcenaktivierung hingen positiv mit einem höheren



Maß der Erreichung der Therapieziele zur 10. Therapiesitzung zusammen (Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth, & Willutzki, 2009). Bei Patient\*innen mit generalisierter Angststörung war die Stärkung potentialer Ressourcen (positive Verstärkungen an die Patient\*innen, Verbesserungserwartungen stärken, positive Inhalte thematisieren) in der Sitzung positiv mit dem Outcome nach der Therapie assoziiert (Flückiger, Zinbarg, Znoj, & Ackert, 2014).

### **3.3.2 Zusammenhänge von Ressourcenaktivierung und Sitzungsergebnis**

Psychotherapiesitzungen erwiesen sich besonders dann als produktiv, wenn die Aufnahmebereitschaft der Patient\*innen für das therapeutische Vorgehen hoch ausfiel, was wiederum von der Kompetenz der Therapeut\*innen abhing, die Interventionen auf die Ressourcen und motivationalen Ziele der Patient\*innen abzustimmen, so dass sich diese aktiv einbringen und mitarbeiten konnten (Smith & Grawe, 2003b). Ein höheres Maß an Ressourcenaktivierung kennzeichnet zusammen mit einer besseren Therapiebeziehung und einer stärkeren Veränderungsorientierung in der Problembearbeitung Sitzungen mit „fruchtbarer“ Problemaktualisierung (Smith, Regli, & Grawe, 1999). Flückiger et al. (2009) lieferten zudem Hinweise, dass das Ansprechen von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie von motivationalen Zielen mit höheren Selbstwert- und Bewältigungserfahrungen sowie einer besseren therapeutischen Beziehung einhergeht, während das Ansprechen motivationaler Ressourcen zusätzlich noch positiv mit Klärungserfahrungen zusammenhängt.

Eine empirische Fundierung der dynamischen, konsistenztheoretischen Perspektive auf therapeutische Veränderungsprozesse erfolgte durch die Erforschung adaptiver Verfahrensregeln zur Abstimmung der problem- und ressourcenorientierten Wirkmechanismen in verschiedenen Phasen der Therapie (Smith & Grawe, 2005): In der Anfangsphase einer Therapie fielen Sitzungen unproduktiv aus, wenn ein hohes Maß an Problemfokussierung und –aktualisierung nicht parallel mit hoher Ressourcenaktivierung einherging. Die Ressourcenaktivierung stellt dabei eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass Patient\*innen die Problembearbeitung als einen produktiven Schritt zur Erreichung ihrer motivationalen Ziele ansehen, für den sie die nötigen Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzen. In der mittleren Phase, die insbesondere auf Problemaktualisierung zur Destabilisierung der maladaptiven Ordnungsmuster fokussiert, erwies sich für die Sitzungsproduktivität die aktive Mitarbeit der Patient\*innen als zentral. Wenn Patient\*innen

stattdessen eine passive Haltung als reine Hilfeempfänger einnehmen, werden sie Bemühungen, ihre Ordnungsmuster zu destabilisieren, als Bedrohung erleben, gegen die sie sich schützen müssen. In der letzten Therapiephase verliefen Sitzungen nach den Auswertungen von Smith und Grawe (2005) erfolgreich, wenn sich Therapeut\*innen von einem Problemfokus abwandten und zur Förderung der Generalisierung der neu entwickelten adaptiveren Ordnungsmuster, der Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit die Ressourcen der Patient\*innen und die erzielten Veränderungen hervorhoben.

#### **3.3.3 Zusammenhänge von Ressourcenaktivierung und der Tiefe der Problembearbeitung**

Verschiedene oben erwähnte Studien konnten bereits die „Balance-Heuristik“ (Flückiger & Regli, 2007) bestätigen, dass in erfolgreichen Sitzungen und Therapien bei der Problembearbeitung gleichzeitig auch eine starke Ressourcenaktivierung angewendet und eine Veränderungsperspektive eingenommen wird (Gassmann & Grawe, 2006; Smith & Grawe, 2003b, 2005; Smith et al., 1999). Flückiger und Studer (2009) untersuchten den zeitlichen Zusammenhang zwischen Ressourcenaktivierung und der Tiefe der Problembearbeitung und fanden, dass Patient\*innen vor einem Sprung in eine vertiefte Problembearbeitung vermehrt ihre Fähigkeiten und motivationalen Ziele ansprechen, während sie die Probleme nach vertiefter Problembearbeitung innerhalb einiger Minuten wieder eingrenzen, normalisieren oder positiv umdeuten („reframing“). Damit konnten Flückiger und Studer (2009) auch auf Minuten-Ebene mittels Lag-Analysen aufzeigen, dass „ressourcenaktivierende Verhaltensweisen und Problembearbeitung in keinem Widerspruch zueinander stehen, sondern im Gegenteil einander auf den verschiedenen Untersuchungsebenen ergänzen“ (S. 577).

#### **3.3.4 Zusammenhänge von Ressourcenrealisierung mit Indikatoren des psychosozialen Funktionsniveaus und dem Therapieergebnis**

Tröskén (2002) entwickelte im Rahmen ihrer Dissertation einen Fragebogen zur Erfassung der Ressourcenrealisierung aus der Selbstbeurteilungsperspektive. Der Konstruktion lag die Annahme zugrunde, dass die aktuelle Ressourcenrealisierung ein Maß für das aktuelle Kongruenzerleben als entscheidende Variable im Rahmen der Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens darstellt. Ihre Ergebnisse zur Konstruktvalidität bestätigten die Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an Ressourcenrealisierung und Indikatoren für ein besseres psychosoziales

Funktionsniveau in nicht-klinischen und klinischen Stichproben: Ein höheres Ausmaß an Ressourcenrealisierung hing querschnittlich mit höherer seelischer Gesundheit, besserem aktuellen Befinden, geringerer Symptombelastung, geringerer motivationaler Inkongruenz und besseren interpersonalen Fähigkeiten zusammen.

Es wurden bereits Hinweise auf die prognostische Validität der mit dem Fragebogen erfassten Ressourcenrealisierung für das Katamneseergebnis ein Jahr nach Therapieende in einer Stichprobe von stationär behandelten Patient\*innen einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik sowie einer Stichprobe von stationär behandelten alkoholabhängigen Patient\*innen geliefert (Deppe-Schmitz, Deubner-Böhme, Lindenmeyer, & Schulz, 2009; Deubner-Böhme, Deppe-Schmitz, Lindenmeyer, & Schulz, 2011). Die mit dem Fragebogen erfasste Veränderung der Ressourcenrealisierung während einer (teil)stationären psychosomatischen Behandlung hing in einer weiteren Untersuchung mit allen erhobenen Therapieerfolgsmaßen zusammen (Groß, Stemmler, Erim, & de Zwaan, 2014).

#### **3.3.5 Experimentelle Studien zur Ressourcenaktivierung**

Zusammen mit Kollegen entwickelte und evaluierte Christoph Flückiger ein sog. Ressourcenpriming, durch das die Aufmerksamkeit der Therapeut\*innen in der Anfangsphase der Therapie gezielt auf die Ressourcen der Patient\*innen gelenkt wird. Das Ressourcenpriming besteht aus der individualisierten Identifikation von sog. Ressourcenhotspots, der Konkretisierung der Art der Aktivierung der einzelnen identifizierten Ressourcen sowie der Vor- und Nachbesprechung der ersten fünf Therapiesitzungen mit ressourcenorientiertem Fokus. Durch das Ressourcenpriming fiel nicht nur die Ressourcenaktivierung höher aus als in Vergleichstherapien ohne Ressourcenpriming, sondern auch die Therapiebeziehung, Problemaktualisierung und Problembewältigungserfahrungen wurden als erfolgsrelevante Therapieprozessmaße bereits zu Therapiebeginn positiv beeinflusst (Flückiger, Frischknecht, Wüsten, & Lutz, 2008; Flückiger & Grosse Holtforth, 2008a). Bezüglich früher Therapieerfolgsmaße gab es zur 20. Sitzung bei Patient\*innen, deren Therapeut\*innen das Ressourcenpriming durchlaufen hatten, einen stärkeren Rückgang der psychopathologischen Belastung und ein höheres Ausmaß der Erreichung der Therapieziele als bei Patient\*innen der Vergleichstherapien ohne Ressourcenpriming (Flückiger & Grosse Holtforth, 2008a).

Dafür, dass der Therapieerfolg durch die Integration von ressourcenaktivierenden Prinzipien und Methoden verbessert werden kann, sprechen auch die Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie bei Patient\*innen mit sozialen Ängsten. Die Kombination kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze mit ressourcenorientierten Elementen förderte in stärkerem Maße die Symptom- und Belastungsreduktion sowie die Verbesserung der Lebenszufriedenheit im Vergleich mit einem klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen (Willutzki, Neumann, Haas, Koban, & Schulte, 2004; Willutzki, Teismann, & Schulte, 2011).

Auch sog. ressourcenaktivierende Individualisierungs- bzw. Implementationsformen von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen wurden untersucht. Cheavens, Strunk, Lazarus und Goldstein (2012) verglichen in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Patient\*innen mit Depressionen eine Kapitalisierungsbedingung, die aus der Integration von Therapiebausteinen bestand, die auf die Fähigkeiten der Patient\*innen abgestimmt waren, mit einer Kompensationsbedingung, in der die Therapiebausteine zum Ausgleich der größten Defizite der Patient\*innen ausgewählt wurden. Die Ergebnisse lieferten Hinweise darauf, dass durch die Kapitalisierungsbedingung eine schnellere Symptomreduktion erzielt werden konnte.

Flückiger et al. (2016) verglichen drei Implementationsstrategien einer evidenzbasierten, manualisierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Patient\*innen mit generalisierter Angststörung (GAS). In den beiden ressourcenaktivierenden bzw. Kapitalisierungsbedingungen erfolgte das o.g. Ressourcenpriming und Therapeut\*innen wurden dazu angehalten, Kapitalisierungsstrategien einzusetzen wie das Hervorheben von Veränderungen in der letzten Woche und Fortschritten in der Sitzung. In der zweiten Kapitalisierungsbedingung konnte zusätzlich eine Bezugsperson die Patientin bzw. den Patienten zu zwei Therapiesitzungen begleiten und es sollte herausgearbeitet werden, wie diese die Patientin bzw. den Patienten im Erreichen der Behandlungsziele unterstützen kann. Die Kompensationsstrategie bestand dagegen aus einem systematischen Fokus auf die Implementierung störungsspezifischer Interventionen, auf individuelle GAS-Symptome und wie diese im Rahmen der Behandlung kompensiert werden können. Auch in dieser Studie führten die beiden Kapitalisierungsbedingungen zu einer schnelleren Symptomreduktion als die Kompensationsbedingung.

Der Ressourcenaktivierung kann auch schon vor Beginn der Therapie zur Stärkung der Therapiemotivation, der Eigenverantwortung sowie eigener Problemlösungsversuche eine wichtige

Rolle zukommen. Töpfer, Kuntz, Risch und Wilz (2018) evaluierten die Wirksamkeit des Ressourcentagebuchs als niedrigschwelliges Selbsthilfeangebot in der Wartezeit vor Beginn einer Therapie. Das Ressourcentagebuch ist eine ressourcenaktiverende Schreibintervention, die 12 Fragen zu sieben Ressourcenbereichen umfasst (Wilz, Risch, & Töpfer, 2017). Im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe konnte die Selbstwirksamkeitserwartung sowie die Verwendung von Neubewertung zur Emotionsregulation durch das Ressourcentagebuch signifikant erhöht werden (Töpfer et al., 2018). Die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung ist zentral, da Patient\*innen die Dinge mit mehr Mut und Schwung angehen, was zu Erfolgserlebnissen führt und wiederum ihr Vertrauen stärkt, dass Veränderungen möglich sind. Der Treatmenteffekt auf Neubewertung weist auf die Förderung der funktionalen Emotionsregulationsstrategie hin, positive Aspekte von belastenden Situationen zu erkennen und gedanklich zu aktivieren.

Ressourcenaktivierendes Schreiben scheint sich auch als Nachsorgemaßnahme zu bewähren. Suhr, Risch und Wilz (2017) lieferten Hinweise darauf, dass das Ressourcentagebuch nach Abschluss einer ambulanten Psychotherapie die Depressivität im Vergleich mit einer Kontrollgruppe signifikant senken und die Emotionsregulationsstrategie der Neubewertung fördern konnte. Haug, Gabriel, Flückiger und Kordy (2009) überprüften die Wirksamkeit einer standardisierten Schreibaufgabe zur Aktivierung von Ressourcen bei psychosomatischen Patient\*innen, die an einer Internetchatnachsorgegruppe teilnahmen, und fanden, dass Teilnehmer\*innen unmittelbar nach den Chatsitzungen mit voriger Ressourcenaktivierung ein höheres Selbstwertgefühl, Kontrollempfinden und Wohlbefinden aufwiesen als nach Chatsitzungen ohne Ressourcenaktivierung.

### 4 Übersicht der Fragestellungen der Dissertation

Die bisherige Forschung zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz hat überwiegend einem Kompensationsmodell und einer Problem- und Defizitorientierung folgend den Abbau von Negativem fokussiert. Zur umfassenderen Förderung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, die mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit, sollte neben dem Abbau negativer Aspekte auch der Auf- und Ausbau positiver Aspekte betrachtet werden. Das konsistenztheoretische Zwei-Prozess-Modell unterstreicht die Bedeutung von Ressourcenaktivierung als empirisch fundierte Kapitalisierungsstrategie in der Psychotherapie zur Initiierung eines positiven Rückkopplungsprozesses, der zu bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen, der Abnahme von Inkongruenz, der Verringerung der Symptome und Probleme und einem verbesserten Wohlbefinden führt.

Vor diesem Hintergrund erscheint es vielversprechend, Ressourcenaktivierung in Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz zu integrieren und als Wirkmechanismus zur umfassenden Förderung der Gesundheit zu untersuchen. Der Bedeutung der Ressourcenaktivierung für die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz wird in der vorliegenden Dissertation in drei Studien zur Tele.TAnDem-Intervention nachgegangen.

Tele.TAnDem ist eine telefonische kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention, in der Ressourcenaktivierung und komplementäre Beziehungsgestaltung übergeordnete Interventionsheuristiken darstellen (siehe Kapitel 5). Die Intervention verfolgt u.a. die Ziele, Ressourcen zu (re-)aktivieren, um Stressbewältigung und Wohlbefinden zu verbessern und die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung zu erhöhen.

- In **Studie 1** wird untersucht, ob Tele.TAnDem die Ressourcenrealisierung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz als proximalen Indikator für erfolgreiche Ressourcenaktivierung erhöht.
- In **Studie 2** wird untersucht, ob Tele.TAnDem die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz als Therapieerfolgsmaß fördert, das ein großes Spektrum menschlichen Funktionierens und Erlebens im Sinne der breiteren psychosozialen Integration der Gesundheitsdefinition der WHO abdeckt.

- In **Studie 3** wird untersucht, ob die erhöhte Ressourcenrealisierung als Wirkmechanismus die Interventionseffekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität vermittelt.

## **5 Tele.TAnDem – Eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz**

In diesem Kapitel gebe ich einen Überblick, wie Wilz, Schinköthe und Kalytta (2015) das Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm vor dem Hintergrund der Anforderungen an hilfreiche Angehörigeninterventionen bei Demenz, der besonderen Eignung von kognitiver Verhaltenstherapie, dem komplexen Entstehungsgefüge der Belastungen von pflegenden Angehörigen therapeutisch Rechnung zu tragen, und der Bedeutung der Individualisierung von Interventionen entwickelt wurde. Ich stelle daraufhin die therapeutischen Inhalte, Interventionsmethoden und Rahmenbedingungen von Tele.TAnDem vor und beleuchte die Ressourcenaktivierung als übergeordnete Interventionsheuristik in Tele.TAnDem. Im Zuge der Vorstellung der Forschungsprojekte und empirischen Evidenz zu Tele.TAnDem gehe ich näher auf das Studiendesign, Setting, Vorgehen, die Stichprobe sowie die Implementierung der Intervention im Forschungsprojekt Tele.TAnDem.Transfer ein, aus dem die Daten der drei Studien der Dissertation stammen.

### **5.1 Die Entwicklung der Tele.TAnDem-Intervention**

#### **5.1.1 Anforderungen an hilfreiche Angehörigeninterventionen bei Demenz**

Wilz et al. (2015) haben aus den spezifischen Herausforderungen, mit denen sich pflegende Angehörige von Menschen konfrontiert sehen, abgeleitet, dass hilfreiche Interventionen die folgenden vielfältigen Themen und Inhalte berücksichtigen sollten:

- Wissensvermittlung hinsichtlich Demenz, finanzieller und juristischer Fragen und Unterstützungsangeboten.
- Modifikation der Bewertung von Krankheitssymptomen zur Förderung des Verstehens und Akzeptierens der Erkrankung.
- Vermittlung von Strategien und Hilfen für den Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und die Förderung von Problemlösekompetenzen.
- Bewältigung und Akzeptanz der neuen Rolle.
- Unterstützung bei der Verarbeitung des Beziehungswandels und der krankheitsbedingten Verluste sowie hinsichtlich belastender Emotionen wie Trauer, Ärger, Wut, Schuld, Scham und Angst.



- Verbesserung der Wahrnehmung von Belastungsgrenzen und Förderung von Selbstfürsorge und der Berücksichtigung eigener Bedürfnisse.
- Identifikation dysfunktionaler Gedanken und Schemata bzgl. der eigenen Leistungsfähigkeit und Verantwortungsübernahme.
- Abbau von Barrieren der Inanspruchnahme professioneller und sozialer Unterstützung.
- Förderung hilfreicher, positiver familiärer Beziehungen sowie gemeinsamer positiver Aktivitäten mit dem Demenzerkrankten. (S. 18)

Die allermeisten Interventionen decken jedoch nicht das für eine adäquate Berücksichtigung der genannten Anforderungen notwendige breite Spektrum an Interventionsstrategien ab. So fanden Kurz und Wilz (2011) in einer Durchsicht der Inhalte von Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, dass problemorientierte Strategien wie die Verbesserung der Problemlösefähigkeit und Wissensvermittlung zwar häufig zum Einsatz kommen, emotionsorientierte Strategien wie die Veränderung von Einstellungen und Bewertungen sowie die Bearbeitung von Beziehungswandel und Verlusten dagegen kaum einbezogen werden. Als Interventionskomponente spielte auch die Erweiterung des Hilfenetzes nur eine nachrangige Rolle.

### **5.1.2 Kognitive Verhaltenstherapie bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz**

Nach Wilz et al. (2015) ist kognitive Verhaltenstherapie besonders geeignet, den beschriebenen komplexen, vor allem psychischen Belastungen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz therapeutisch gerecht werden zu können. So haben sich unter den bisherigen Interventionsansätzen kognitiv-verhaltenstherapeutische neben Multikomponenteninterventionen als besonders wirksam erwiesen (Belle, 2006; Brodaty & Arasaratnam, 2012; Gallagher-Thompson et al., 2012; Losada et al., 2015; Mittelman, Roth, Coon, & Haley, 2004; Selwood, Johnston, Katona, Lyketsos, & Livingston, 2007). Eine kürzlich erschienene Meta-Analyse von 25 Studien lieferte Hinweise darauf, dass Depressivität und Stress der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen zum Post-Messzeitpunkt signifikant im Vergleich mit Kontrollgruppen verringert werden konnten (Hopkinson, Reavell, Lane, & Mallikarjun, 2018). Die Depressivität nahm dabei in den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionsgruppen innerhalb von 3 Monaten nach Ende der Intervention noch weiter ab.

Forschungsergebnisse stützen insbesondere die Wirksamkeit der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien der Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken (z.B. Perfektionismus in der Pflege als Barriere für die Inanspruchnahme von professioneller oder informeller Unterstützung) und der Verbesserung der Emotionsregulation (zum Umgang mit antizipatorischer Trauer und anderen belastenden Emotionen wie Ärger, Scham und Angst). Dies sind Behandlungskomponenten, die – wie im Abschnitt 5.1.1 beschrieben – in Angehörigeninterventionen bei Demenz nur selten zum Einsatz kommen (Kurz & Wilz, 2011). Die Bedeutung der kognitiven Umstrukturierung wird dabei bereits durch eine Meta-Analyse gestützt, in der signifikante Verringerungen von Depressivität, Stress und Angst berichtet wurden (Vernooij-Dassen, Draskovic, McCleery, & Downs, 2011). Da viele Aspekte der Demenz und der Pflegesituation nicht oder kaum verändert werden können, stellt der Umgang mit negativen Emotionen und Kognitionen eine große Herausforderung für die pflegenden Angehörigen dar. Die Vermittlung einer akzeptierenden Haltung eigenen inneren Erfahrungen gegenüber steht im Zentrum der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), einem Ansatz der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie (Heidenreich & Michalak, 2013). Losada et al. (2015) lieferten Hinweise darauf, dass ACT im Vergleich mit einer Kontrollgruppe erfolgreich Depressivität, Angst, dysfunktionale Gedanken und die Vermeidung unangenehmer, innerer Erlebnisse („experiential avoidance“) reduzierte sowie Freizeitaktivitäten erhöhte.

### **5.1.3 Die Bedeutung der Individualisierung von Interventionen**

Angesichts der Heterogenität der Ausprägung von Risiko- und Schutzfaktoren sowie pflegebezogenen und allgemeinen Aspekten bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz wurde auf die Bedeutung adaptiver und individualisierter Interventionen hingewiesen (Zarit, Femia, Kim, & Whitlatch, 2010). Ein „one size fits all“-Ansatz, der implizit einem Großteil der Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz zugrunde liegt, greift daher zu kurz. Wie Zarit und Femia (2008) festhalten, ist es demnach auch nicht verwunderlich, dass die positivsten Resultate von flexibleren Interventionen erzielt wurden. Da meist auf die Abstimmung der Interventionen auf die Risikoprofile und Problemkonstellationen hingewiesen wurde, gilt es vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen zur Ressourcenaktivierung daran zu erinnern, dass eine Abstimmung des Vorgehens auf die bei den Patient\*innen vorhandenen Stärken, Kompetenzen und Fertigkeiten mindestens genauso wichtig ist. Die Ergebnisse zu ressourcenaktivierenden

Individualisierungs- und Implementationsformen von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen weisen diesbezüglich ja sogar darauf hin, dass Kapitalisierungsansätze zu einer schnelleren Symptomreduktion führen als Kompensationsansätze (Cheavens et al., 2012; Flückiger et al., 2016).

Das Tele.TAnDem-Interventionskonzept basiert auf Vorarbeiten und Pilotstudien zur gruppentherapeutischen Arbeit mit pflegenden Angehörigen, in denen kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiemethoden erprobt sowie für die besonderen Anforderungen von pflegenden Angehörigen modifiziert und neu entwickelt wurden (Wilz, Adler, & Gunzelmann, 2001; Wilz & Barskova, 2007). Die Weiterentwicklung bestand darin, dass ein individualisiertes Vorgehen gewählt und das Manual um neue Module ergänzt wurde. Im Folgenden werden die therapeutischen Inhalte, Interventionsmethoden und Rahmenbedingungen von Tele.TAnDem dargestellt.

## **5.2 Tele.TAnDem - Therapeutische Inhalte, Interventionsmethoden und Rahmenbedingungen**

Das Tele.TAnDem-Manual gibt therapeutische Anleitungen zu den in Tabelle 1 zusammengefassten Themenbereichen (linke Spalte) und den dazu passenden Interventionsmethoden (rechte Spalte). Zudem werden im Manual überblicksartig demenzspezifische Themen dargestellt (Diagnose, Verlauf, schwierige Verhaltensweisen und ihre Ursachen, medizinische, pflegebezogene, rechtliche und finanzielle Fragen), deren Vermittlung kein zentraler Gegenstand des Manuals ist, auf deren fundierte Kenntnis jedoch als wichtige Voraussetzung in der Arbeit mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz hingewiesen wird.

**Tabelle 1.**

*Themen und Interventionen der Tele.TAnDem-Intervention (Wilz et al., 2015, S. 44)*

Thema	Intervention
Erstgespräch und Beziehungsaufbau	Gestaltung des Erstgesprächs und des Beziehungsaufbaus, Exploration der Probleme und Festlegung der Ziele.
Veränderung von dysfunktionalen Einstellungen und Bewertungen	Den Pflegealltag erschwerende dysfunktionale Gedanken identifizieren und verändern.
Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen	Unterstützung im Verständnis und Umgang mit herausforderndem Verhalten.
Stressmanagement und Emotionsregulation	Bewältigungsstrategien vermitteln für akute, belastende Emotionen wie Wut und Ärger.
Selbstfürsorge und Aufbau angenehmer Aktivitäten	Förderung von Selbstfürsorge und Wohlbefinden.
Umgang mit Veränderung, Verlust und Trauer	Förderung der Verarbeitung und Akzeptanz hinsichtlich Veränderungen, Trauer und Verlust. Förderung des Umgangs mit der Rollenreuedefinition. Vorbereitung auf den Tod des Demenzerkrankten.
Förderung der Inanspruchnahme von informeller und professioneller Unterstützung	Abbau von Barrieren der Inanspruchnahme, Unterstützung bei der Suche und Organisation professioneller Hilfen.
Grenzen der häuslichen Pflege	Unterstützung bei der Einschätzung der Belastungsgrenze, Entscheidungsfindung, Planung und Organisation von institutioneller Pflege.
Abschlussgespräch	Gestaltung des Abschlussgesprächs und weiterführende Empfehlungen.

Die genannten Themen sollen nicht nach einer festgelegten Reihenfolge oder Gewichtung bearbeitet werden, sondern die Therapie soll individuell auf die Problem-, Pflege- und Lebenssituation sowie die Persönlichkeit und Bedürfnisse der Angehörigen zugeschnitten werden, die es daher zu Beginn der Therapie ausführlich zu explorieren gilt. Es sollen die Interventionsansätze und therapeutischen Strategien ausgewählt werden, die für den jeweiligen Angehörigen notwendig und hilfreich sind. Wilz et al. (2015) geben dafür folgendes Beispiel:

Bei der Erarbeitung der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten ist beispielsweise entscheidend, ob bei den Angehörigen psychologische oder informatorische Barrieren bestehen. Dementsprechend sind entweder kognitive Techniken zum Abbau psychologischer Barrieren anzuwenden, wie z. B. die Veränderung von spezifischen dysfunktionalen Gedanken („Ich muss die Pflege allein meistern“), oder bei Informationsdefiziten die Vermittlung von Wissen über finanzielle Leistungen und professionelle Dienste. (S. 43)

### **5.2.1 Setting**

Das Akronym „Tele.TAnDem“ leitet sich ab von „**T**elefonische **T**herapie für **A**ngehörige von **D**emenzkranken“ und trägt damit eine Setting-Besonderheit bereits im Titel. Die TeleTAnDem-Intervention kann nicht nur in persönlichen Gesprächen, sondern auch telefonisch durchgeführt werden. Der Fokus der bisherigen Evaluationsstudien lag auf dem telefonischen Setting. Ein Großteil der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz wird im Gruppen- oder face-to-face-Setting durchgeführt. Das telefonische Setting hat den großen Vorteil, dass es zeitlich und örtlich flexibler ist und auch pflegenden Angehörigen einen Zugang zu Psychotherapie ermöglicht, die den Menschen mit Demenz nicht alleinlassen oder keine Betreuung für die Zeit der Therapie organisieren können, in verkehrlich nicht gut angebundenen ländlichen Regionen wohnen oder aufgrund eigener gesundheitlicher oder Mobilitätseinschränkungen häuslich gebunden sind. Zum Teil wird das vergleichsweise anonymere telefonische Setting als niederschwelliger erlebt und erleichtert es Angehörigen, über schwierige Themen zu sprechen. Die Entscheidung für das telefonische oder persönliche Setting sollte an den Bedürfnissen und den Rahmenbedingungen der Angehörigen orientiert sein.

## **5.3 Ressourcenaktivierung als übergeordnete Interventionsheuristik in Tele.TAnDem**

Ressourcenaktivierung stellt im Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm ein übergeordnetes Interventionsleitbild dar (siehe 3.2) und erfolgt sowohl inhaltlich als auch prozessual (siehe 3.1.2.1): Einerseits werden Beispiele für ressourcenaktivierende Fragen im Sinne einer konkreten inhaltlichen Ressourcenaktivierung gegeben als auch Therapeut\*innen zu einer prozessualen Ressourcenaktivierung im Sinne der oben beschriebenen adaptiven, individualisierten Therapiegestaltung angeregt, v.a. im Zusammenhang mit der therapeutischen Haltung und Beziehungsgestaltung.

### 5.3.1 Inhaltliche Ressourcenaktivierung in Tele.TAnDem

Ressourcenaktivierung stellt kein eigenständiges Modul im Tele.TAnDem-Programm dar, sondern taucht in allen Modulen in Form von ressourcenaktivierenden Fragen auf. Tabelle 2 gibt eine kurze, aber nicht vollständige Übersicht von Beispielfragen, die Therapeuten nutzen können, um die Ressourcen der pflegenden Angehörigen in den verschiedenen Modulen zur Erreichung der Modulziele zu aktivieren.

**Tabelle 2.**

*Beispiele für ressourcenaktivierende Fragen in verschiedenen Modulen des Tele.TAnDem-Manuals*

Modul	Ziele des Moduls	Ressourcenaktivierende Fragen
Veränderung von dysfunktionalen Einstellungen und Bewertungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entwicklung von alternativen, hilfreichen Einstellungen und Bewertungen durch geleitetes Entdecken, u.a. durch Fokussieren auf Ressourcen und Kompetenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie schon einmal eine ähnliche schwierige Situation gemeistert? Wie haben Sie es damals geschafft? Was hat Ihnen geholfen?</li> <li>Gibt es etwas, das Ihnen sehr wichtig ist, an das Sie sich in dieser Situation erinnern könnten und das Ihnen Mut und Sicherheit geben kann?</li> <li>Worauf können Sie vertrauen?</li> </ul>
Selbstfürsorge und Aufbau werteorientierter, angenehmer Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selbstfürsorgliche und ausgleichende Aktivitäten für die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden sollen herausgearbeitet werden</li> <li>Hierfür ist es hilfreich, die persönlich bedeutsamen Werte und Bedürfnisse der Angehörigen „aufzuspüren“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was sind wichtige Bedürfnisse in Ihrem Leben?</li> <li>Was hat Ihnen früher Kraft gegeben?</li> <li>Was zählt in Ihrem Leben am meisten?</li> </ul>

Modul	Ziele des Moduls	Ressourcenaktivierende Fragen
Umgang mit Veränderung, Verlust und Trauer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcen sollen (re-)aktiviert werden, um die Auseinandersetzung mit belastenden Gefühlen und Erfahrungen zu erleichtern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie sind Sie bisher mit schwierigen Veränderungen in Ihrem Leben umgegangen?</li> <li>• Welche Gedanken oder Gefühle geben Ihnen Kraft/helfen Ihnen mit Ihrer Situation besser zurechtzukommen?</li> </ul>
Förderung der Inanspruchnahme von Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Ressourcen zur Entlastung und Unterstützung sollen (re-)aktiviert werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Betreuung kostet viel Kraft. Wer unterstützt Sie dabei?</li> </ul>

### 5.3.2 Prozessuale Ressourcenaktivierung in Tele.TAnDem

Prozessuale Ressourcenaktivierung spiegelt sich in den Empfehlungen des Tele.TAnDem-Manuals zur therapeutischen Haltung und Beziehungsgestaltung. So wird Therapeuten\*innen im Manual eine komplementäre Beziehungsgestaltung nahegelegt (siehe 3.1.3), d.h. sich auch in der Gestaltung der Beziehung im Sinne der Individualisierung der Therapie einer ganz spezifischen Person anzupassen (siehe 5.1.3). Therapeut\*innen sollen das zentrale Beziehungsmotiv der pflegenden Person identifizieren und „sättigen“, so dass diese erfährt, dass sie alles bekommt, was sie braucht, ohne dafür kämpfen zu müssen (Sachse, 2016). Komplementäre, bedürfnisbefriedigende Beziehungsgestaltung schafft daher ein hohes Maß an Vertrauen („Beziehungskredit“, Sachse, 2016) und den unter 3.1.3 beschriebenen positiven therapeutischen Kontext für erfolgreiche Lern- und Veränderungsprozesse. So können die Angehörigen z.B. ihr auf die Befriedigung der Beziehungsmotive ausgerichtetes Verhalten reduzieren und andere Intentionen können das Therapieverhalten bestimmen.

Im Manual wird darauf hingewiesen, dass sich erfahrungsgemäß vor allem die Motive nach Anerkennung und Wichtigkeit in der Arbeit mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz als zentral erwiesen haben. Viele pflegende Angehörige beginnen die Therapie demoralisiert mit einem auf Misserfolge und Unzulänglichkeiten eingengten Fokus sowie geringer Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Handlungsfähigkeit. Das Manual empfiehlt Therapeut\*innen, die pflegenden Angehörigen als Pflegeexpert\*innen zu betrachten. Dies beinhaltet einerseits die Validierung und

Bestärkung, dass die Angehörigen die erkrankte Person und ihre „typischen“ Verhaltensweisen aufgrund ihrer intensiven Erfahrungen sehr gut kennen, und andererseits die Reflektion der Erfahrungen, welche „kreativen“ Strategien sich im Umgang mit der erkrankten Person bereits als hilfreich erwiesen haben. Viele pflegende Angehörige wünschen sich Anerkennung und Wertschätzung für ihren Einsatz, welche ihnen die Gepflegten selbst häufig jedoch nicht mehr zeigen können. Daher werden Anerkennung und Wertschätzung oftmals ersatzweise bei anderen Familienmitgliedern und Freund\*innen gesucht, führen jedoch aufgrund der unterschwellig großen Erwartungshaltung nicht selten zu ungünstigen Beziehungsdynamiken und damit nicht zum erhofften Resultat. Wie Wilz et al. (2015) ausführen, kann die Therapie „ein korrigierender Rahmen sein, indem die Angehörigen die fehlende Anerkennung erhalten und sich auf dieser Basis verändern können“ (S. 40). Wertschätzende Anerkennung stellt auch eine Rückmeldung für die Angehörigen dar, die ihr Selbstvertrauen und ihr Selbstwertgefühl stärkt. Durch die therapeutische Haltung, die Angehörigen als Pflegeexpert\*innen zu betrachten und ihre Leistungen wertzuschätzen und zu validieren, wird somit ein Perspektivwechsel weg von dem gerade zu Beginn der Therapie ausgeprägten Insuffizienzerleben („Weil ich bei der Pflege meines Mannes versage, muss ich zum Therapeuten“; Wilz et al., 2015, S. 38) hin zu den Kenntnissen, Kompetenzen und Leistungen der Angehörigen ermöglicht mit positiven Auswirkungen auf ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Handlungsfähigkeit.

Die dargestellten Heuristiken zur therapeutischen Haltung und Beziehungsgestaltung sollen sich über den gesamten therapeutischen Prozess erstrecken und stellen damit eine „langfristige Beziehungsstrategie“ zur Bedürfnisbefriedigung in der therapeutischen Beziehung dar, die durch kurzfristige ressourcenaktivierende „Mikrointerventionen“ für ein unmittelbar positives emotionales Erleben ergänzt werden (Flückiger & Grosse Holtforth, 2011, S. 40).

#### **5.4 Forschungsprojekte und empirische Evidenz zu Tele.TAnDem**

Bisher wurde Tele.TAnDem im telefonischen Setting in einer kürzeren (telefonische Kurzzeitintervention) und einer längeren Variante (erweiterte telefonische Intervention) in randomisiert-kontrollierten Studien evaluiert. Während zu dem Forschungsprojekt Tele.TAnDem nur kurz die zentralen Ergebnisse zusammengefasst werden, wird das zweite Forschungsprojekt



Tele.TAnDem.Transfer ausführlicher vorgestellt, da die Daten der drei Studien dieser Dissertation aus diesem Projekt stammen.

#### **5.4.1 Telefonische Kurzzeitintervention**

In der ersten randomisiert-kontrollierten Studie wurde Tele.TAnDem über den Zeitraum von 3 Monaten in sieben 60-minütigen Therapiesitzungen durchgeführt, von denen die ersten vier wöchentlich, die fünfte und sechste in zweiwöchentlichem Abstand zur vorigen Sitzung und die siebte Sitzungen einen Monat später stattfanden. Schinköthe und Wilz (2014) fanden eine moderate Adhärenz und hohe Kompetenz der Therapeut\*innen in der Durchführung der Tele.TAnDem-Intervention. Während die Adhärenz der Therapeut\*innen nicht mit dem Therapieoutcome und der Zielerreichung zusammenhing, sagte die allgemeine therapeutische Kompetenz eine geringere Depressivität und die behandlungsspezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Kompetenz eine verringerte Pflegebelastung und eine höhere Zielerreichung voraus (Schinköthe, Altmann, & Wilz, 2015).

Die telefonische Interventionsgruppe (TEL-IG) wurde mit einer unbehandelten Kontrollgruppe (KG) und einer behandelten Kontrollgruppe verglichen, in der die Teilnehmer\*innen telefonisches Training in progressiver Muskelrelaxation (PMR) mit gleicher Anzahl und Dauer der Sitzungen sowie dem gleichen Abstand zwischen den Sitzungen wie in der TEL-IG erhielten. Zur Post-Messung berichteten Teilnehmer\*innen der TEL-IG ein signifikant höheres emotionales Wohlbefinden als die Teilnehmer\*innen der beiden Kontrollgruppen sowie signifikant geringere Erschöpfung und einen signifikant geringeren allgemeinen körperlichen Beschwerdedruck als die unbehandelte KG (Wilz & Soellner, 2016). Sechs Monate nach Ende der Intervention fiel die Depressivität in der TEL-IG signifikant niedriger aus als in der PMR-Gruppe und der subjektive Gesundheitszustand wurde in der Interventionsgruppe als signifikant besser eingeschätzt als in der unbehandelten KG. Zwei Jahre nach Ende der Intervention fanden sich in der TEL-IG ein höheres emotionales Wohlbefinden sowie in der Subgruppe der noch häuslich pflegenden Angehörigen ein besserer subjektiver Gesundheitszustand, eine höhere Lebensqualität sowie ein geringerer allgemeiner körperlicher Beschwerdedruck (Wilz, Meichsner, & Soellner, 2017).

#### **5.4.2 Erweiterte telefonische Intervention (Tele.TAnDem.Transfer)**

Das Forschungsprojekt Tele.TAnDem.Transfer wurde von 2012-2015 durchgeführt und vom Bundesministerium für Gesundheit (Förderkennzeichen: IIA5-2512FSB555) gefördert. In dieser zweiten randomisiert-kontrollierten Studie wurde Tele.TAnDem auf zwölf 50-minütige Sitzungen über einen Zeitraum von 6 Monaten erweitert, da die Teilnehmer\*innen Tele.TAnDem im Rahmen von strukturierten Befragungen zwar als hilfreich, die Anzahl der Sitzungen und die Gesamtdauer der Intervention jedoch als zu gering bewerteten. Die ersten vier Sitzungen fanden im wöchentlichen, die folgenden sechs Sitzungen im zweiwöchigen und die letzten beiden Sitzungen im monatlichen Abstand statt.

In Tele.TAnDem.Transfer wurde die Wirksamkeit der unter praxisnahen Bedingungen durchgeführten Tele.TAnDem-Behandlung zur Verstetigung des Interventionskonzepts in bestehenden Versorgungsstrukturen überprüft. Für die Implementierungsstudie Tele.TAnDem.Transfer wurde in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz und der Alzheimer Gesellschaft München e.V. ein spezifisches Fortbildungskonzept für eine 8-stündige Schulung in Tele.TAnDem zusammen mit anschließender Supervision für ausgebildete kognitive Verhaltenstherapeut\*innen entwickelt. Die Therapien wurden an drei Interventionsstandorten durchgeführt: Zum einen wurde Tele.TAnDem als zusätzliches Angebot bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz in Berlin durchgeführt. Weiterhin wurde die Intervention in die regionale Beratungsstelle der Alzheimer Gesellschaft München e. V. integriert. Der dritte Interventionsstandort war die Ambulanz für Forschung und Lehre des Instituts für Psychologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

##### *5.4.2.1 Studiendesign, Setting und Vorgehen*

Die Studie wurde mit einem dreiarmligen randomisiert-kontrollierten Design geplant. Die Teilnehmer\*innen sollten nach der Baseline-Befragung randomisiert einer der drei folgenden Gruppen zugeordnet werden: telefonische Interventionsgruppe (TEL-IG), face-to-face Interventionsgruppe (F2F-IG), unbehandelte Kontrollgruppe (KG). Da sich bereits kurz nach Beginn der Rekrutierung herausstellte, dass nur sehr wenige Angehörige an F2F-Sitzungen teilnehmen können (z.B. wegen einer fehlenden Betreuungsmöglichkeit des Menschen mit Demenz), wurde beschlossen, die F2F-IG als nicht-randomisierten Arm fortzuführen und alle in Jena, München oder

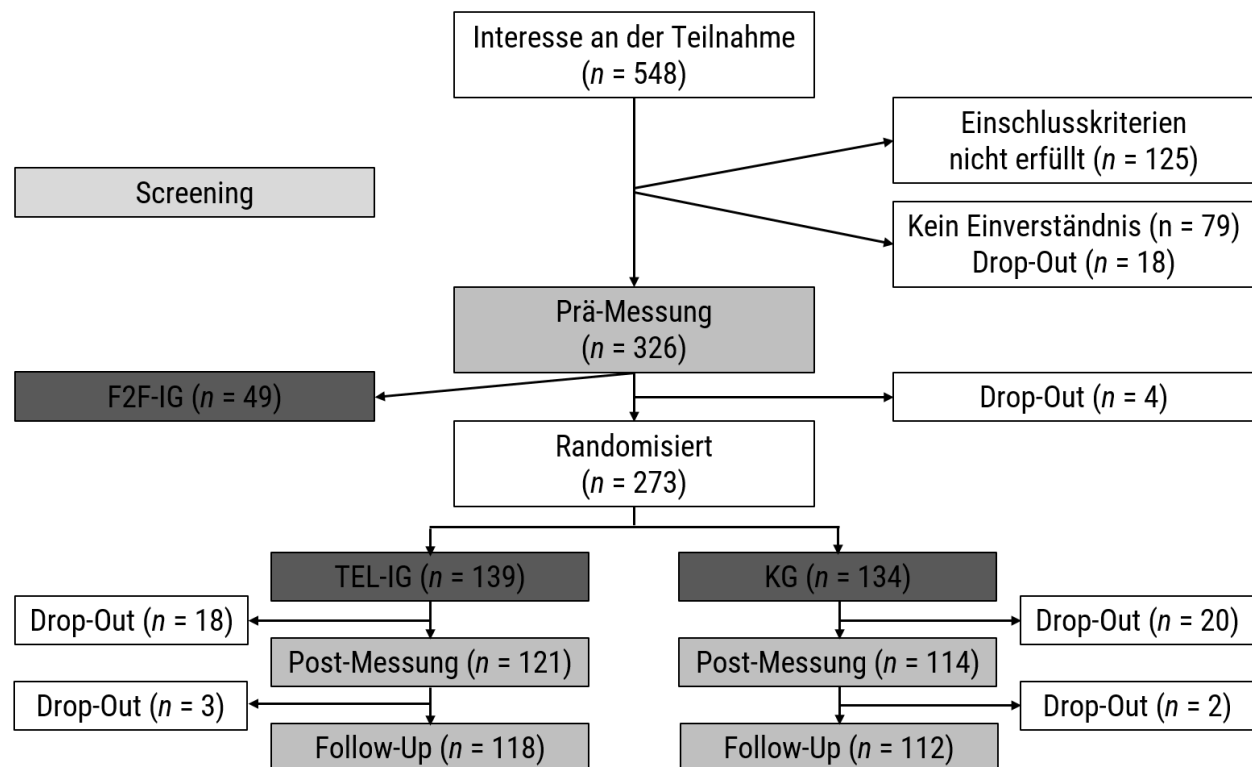
Berlin lebenden Angehörigen, für die eine F2F-Therapie möglich war, der F2F-IG zuzuordnen. Die Auswertungen der drei Studien der vorliegenden Dissertation beziehen sich lediglich auf die beiden randomisierten Gruppen der TEL-IG und KG.

Die Teilnehmer\*innen wurden deutschlandweit über Presstexte, Anzeigen und Artikel in Zeitungen, Kooperationspartner und eine Projekt-Website rekrutiert. Nach der Kontaktaufnahme der pflegenden Angehörigen mit dem Studientcenter in Jena wurde ein manualgeleitetes, telefonisches Screening zur Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt. Einschlusskriterien waren, dass Interessenten die Hauptverantwortung für die Pflege einer bzw. eines Angehörigen mit einer diagnostizierten Demenz mit mindestens leichtem Schweregrad trugen. Interessenten wurden von der Studienteilnahme ausgeschlossen, wenn sie sich in einer laufenden psychotherapeutischen Behandlung befanden, akute schwere körperliche Erkrankungen oder akute ärztlich diagnostizierte psychiatrische Erkrankungen aus dem psychotischen Formenkreis aufwiesen oder eine Heimunterbringung des Menschen mit Demenz innerhalb der nächsten 6 Monate planten. Nach erfolgreichem Screening erhielten die pflegenden Angehörigen ein schriftliches Informationspaket bestehend aus Informationen zur Studie sowie Einverständniserklärungen zur Studienteilnahme, Datenverarbeitung und telefonischen Kontaktaufnahme durch das Studientcenter. Angehörigen, die ihr schriftliches Einverständnis gaben, wurden die Fragebögen zur Prä-Messung zugeschickt und ein Telefonat vereinbart, in dem die Teilnehmer\*innen die Fragebögen gemeinsam mit einem Mitglied des Projektteams durchgingen. Die telefongestützte schriftliche Befragung wurde gewählt, um Verständnisfragen in Bezug auf die Fragebögen im Telefonat zu klären, die Fragebögen auf Vollständigkeit zu prüfen und durch die persönliche Anbindung das Risiko eines Drop-Outs zu reduzieren. Im Anschluss an die Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen zur Prä-Messung erfolgte die Randomisierung zur TEL-IG und KG bzw. die nicht-randomisierte Zuweisung zur F2F-IG. Nach Abschluss des Interventionszeitraums von 6 Monaten erfolgte die Post-Messung und nach weiteren 6 Monaten die Follow-Up-Messung aller pflegenden Angehörigen. Die Post- und Follow-Up-Messungen wurden wie die Prä-Messung als telefongestützte schriftliche Befragungen durchgeführt. Nach Abschluss der Follow-Up-Messung erhielten die KG-Teilnehmer\*innen eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 40€. Der Ethikantrag für diese Studie wurde von der Ethikkommission der Friedrich-Schiller-Universität Jena bewilligt (Vorlage-Nr.: 3453-05/12).

## 5.4.2.2 Stichprobe

Im Folgenden wird die Stichprobe von Tele.TAnDem.Transfer beschrieben. In Abbildung 3 ist der Programmablaufplan bzw. das Flussdiagramm dargestellt. Da die F2F-IG in den Studien dieser Dissertation nicht mitberücksichtigt wurde, ist dieser Studienarm nicht ausführlich in der Abbildung wiedergegeben.

548 pflegende Angehörige wendeten sich an das Studientcenter und gaben Interesse an der Teilnahme an der Studie an. Die Teilnahme an der F2F-IG war für 49 pflegende Angehörige möglich, die dieser Gruppe zugewiesen wurde. Die restlichen Probanden, die die Einschlusskriterien erfüllten und ihr schriftliches Einverständnis gaben ( $N = 273$ ) wurden randomisiert der TEL-IG ( $n = 139$ ) oder der KG ( $n = 134$ ) zugeteilt. 38 Teilnehmer\*innen (18 TEL-IG, 20 KG) fielen zwischen der Prä-Messung und der Post-Messung und 5 weitere Teilnehmer\*innen (3 TEL-IG, 2 KG) zwischen der Post-Messung und dem Follow-Up 6 Monate nach Ende der Intervention aus der Studie raus.



**Abbildung 3.** Flussdiagramm der Tele.TAnDem.Transfer-Studie. F2F-IG: nicht-randomisierte face-to-face Interventionsgruppe; TEL-IG: telefonische Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe

Die zentralen soziodemographischen und pflegebezogenen Angaben der pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeempfänger\*innen sind für die Stichprobe bestehend aus TEL-IG und KG ( $N = 273$ ) in Tabelle 3 zusammengefasst. Es bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen der TEL-IG und KG hinsichtlich der soziodemographischen und pflegebezogenen Angaben (alle  $p > .05$ ).

**Tabelle 3.**

*Zentrale soziodemographische und pflegebezogene Angaben der pflegenden Angehörigen und der Pflegeempfänger\*innen der Stichprobe bestehend aus TEL-IG und KG ( $N = 273$ )*

<b>Pflegende Angehörige</b>	
Alter (in Jahren): $M$ ( $SD$ ), Spannweite	64.19 (11.04), 23 – 91
Geschlecht (weiblich): $n$ (%)	220 (80.6)
Angehörigenstatus: $n$ (%)	
Ehepartner	165 (60.4)
Sohn/ Tochter	104 (38.1)
Andere	4 (1.5)
Zusammenleben mit Pflegeempfänger*in: $n$ (%)	218 (79.9)
Pflegedauer (in Jahren): $M$ ( $SD$ ), Spannweite	4.89 (3.68), <1 – 19
<b>Pflegeempfänger*innen</b>	
Alter (in Jahren): $M$ ( $SD$ ), range	78.76 (9.35), 44 – 104
Geschlecht (weiblich): $n$ (%)	140 (51.3)
Demenzform, $n$ (%)	
Alzheimer	123 (45.2)
Vaskuläre Demenz	30 (11.0)
Frontotemporale Demenz	14 (5.1)
Andere/ Unbekannt	106 (38.8)
Schweregrad der Demenz (Stufe GDS) <sup>a</sup> , $n$ (%)	
gering (Stufe 3)	1 (0.4)
mäßig (Stufe 4)	9 (3.3)
mittelschwer (Stufe 5)	105 (38.6)
schwer (Stufe 6)	101 (37.1)
sehr schwer (Stufe 7)	56 (20.6)

*Anmerkungen.* <sup>a</sup>Der Schweregrad der Demenz wurde mittels Global Deterioration Scale (GDS) eingeschätzt (Reisberg, Ferris, DeLeon, & Crook, 1982).

#### 5.4.2.3 Implementierung der Intervention

Die Intervention wurde von 15 klinischen Psycholog\*innen (14 weiblich, 1 männlich) durchgeführt, die im Durchschnitt 31.47 Jahre alt ( $SD = 4.17$ ) waren und eine klinische Erfahrung von

4.27 Jahren ( $SD = 3.41$ ) hatten. Von den 139 TEL-IG Therapien wurden 36% in der Ambulanz für Forschung und Lehre des Instituts für Psychologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena durchgeführt ( $n = 50$ ), die restlichen 64% in etablierten Versorgungsstrukturen, darunter 41,7% bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz in Berlin ( $n = 58$ ) und 22,3% in der regionalen Beratungsstelle der Alzheimer Gesellschaft München e. V. ( $n = 31$ ).

#### *5.4.2.4 Empirische Ergebnisse*

Die Analysen zur Manualtreue und Kompetenz ergaben, dass die Therapeut\*innen die Intervention entsprechend dem Manual und mit sehr hoher Kompetenz umsetzten (Wilz, Reder, Meichsner, & Soellner, 2018). Die erweiterte Tele.TAnDem-Intervention führte zu einer Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens, der Depressivität, des allgemeinen körperlichen Beschwerdedrucks und des Zurechtkommens mit der Pflegesituation zur Post-Messung im Vergleich mit der unbehandelten Kontrollgruppe (Wilz, Reder et al., 2018). Die Behandlungseffekte auf das emotionale Wohlbefinden und das Zurechtkommen mit der Pflegesituation hielten bis zur Follow-Up-Messung 6 Monate nach Ende der Therapie an (Wilz, Reder et al., 2018). Meichsner und Wilz (2018) fanden zudem, dass durch die Tele.TAnDem-Intervention die pflegebedingte Trauer zur Follow-Up-Messung und, wenn für soziodemographische Variablen und Veränderungen im Pflegestatus kontrolliert wurde, auch zur Post-Messung im Vergleich mit der Kontrollgruppe signifikant gesenkt werden konnte. Die Analysen zur Erreichung der im Rahmen der ersten beiden Sitzungen formulierten Therapieziele mittels Goal Attainment Scaling (GAS) erbrachten, dass 20.9% der Angehörigen eine Übererreichung, 56.4% eine vollständige Erreichung und 21.8% eine partielle Erreichung der Therapieziele einschätzten (Wilz, Weise et al., 2018). Nur ein Angehöriger (0.9%) gab an, dass sich seine Situation durch die Therapie weder verschlechtert noch verbessert hätte.

## 6 Zusammenfassung der Studien der Dissertation

In diesem Kapitel gebe ich einen Überblick der drei Studien der Dissertation, indem ich die Forschungsfragen, das methodische Vorgehen und die Hauptergebnisse zusammenfasse und jeweils kurz diskutiere. Eine zusammenfassende Diskussion und Einordnung der Studien folgt in Kapitel 7. Der gemeinsame Hintergrund der drei Studien lässt sich dabei wie folgt beschreiben:

Vor dem Hintergrund, dass pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz mit belastenden Anforderungen konfrontiert sind, die oftmals negative Auswirkungen auf ihre Lebensqualität haben, ist die Erforschung von Unterstützungsangeboten vonnöten. Bisher hat die Forschung zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz Kompensationsansätzen folgend überwiegend die Reduktion von negativen Aspekten fokussiert, sodass es einen Bedarf an Untersuchungen gibt, die Kapitalisierungsstrategien, d.h. das Aufgreifen und Nutzen der persönlichen Stärken, in Interventionen einbeziehen und zur umfassenderen Förderung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz im Sinne der breiteren psychosozialen Integration der Gesundheitsdefinition der WHO evaluieren. Ressourcenaktivierung stellt in Tele.TAnDem, einer telefonischen kognitiv-verhaltens-therapeutischen Intervention für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, eine übergeordnete Interventionsheuristik dar. Die Förderung der Ressourcenrealisierung und Lebensqualität durch Tele.TAnDem wird in drei Studien untersucht. In **Studie 1** wird untersucht, ob Tele.TAnDem die Ressourcenrealisierung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz als proximalen Indikator für erfolgreiche Ressourcenaktivierung erhöht. In **Studie 2** werden Interventionseffekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz als Therapieerfolgsmaß untersucht, das ein großes Spektrum menschlichen Funktionierens und Erlebens abdeckt. **Studie 3** widmet sich der Frage, ob die erhöhte Ressourcenrealisierung als Wirkmechanismus die Interventionseffekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität vermittelt.

## 6.1 Studie 1: Tele.TAnDem fördert die Ressourcenrealisierung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz

### Zitation:

Töpfer, N. F., & Wilz, G. (2018). Tele.TAnDem increases the psychosocial resource utilization of dementia caregivers. *GeroPsych*, 31(4), 173–183. doi: 10.1024/1662-9647/a000197

### 6.1.1 Hintergrund

Studie 1 (siehe Appendix A) gibt einen kurzen Überblick über die verschiedenen Theorien und Modelle, auf die sich in der Literatur zu Stärken und Ressourcen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz bezogen wurde, darunter das *transaktionale Stressmodell* (Lazarus & Folkman, 1984), das *invisible self model* (Myers & Sweeney, 2014), das *acquiring new skills while enhancing remaining strengths model* (Judge, Yarry, & Orsulic-Jeras, 2010; Yarry, Judge, & Orsulic-Jeras, 2010) sowie die *middle range theory of resourcefulness* (Zauszniewski, 2006). Obwohl die Bedeutung der Förderung der Stärken und Ressourcen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zunehmend gewürdigt wird, gibt es bisher kaum empirische Forschung zur Wirksamkeit von theoriegeleiteten stärken- und ressourcenorientierten Interventionen.

In Studie 1 wurde untersucht, ob Tele.TAnDem als Intervention, die Ressourcenaktivierung als übergeordnete Heuristik beinhaltet, die Ressourcenrealisierung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz erhöht.

### 6.1.2 Methoden

Studie 1 basiert auf den Daten des in Abschnitt 5.4.2 ausführlich dargestellten Forschungsprojektes Tele.TAnDem.Transfer. Da nach unserem Kenntnisstand kein Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz verfügbar war, adaptierten wir den Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung aus der Selbstbeurteilungsperspektive (RES; Trösken, 2002; Trösken & Grawe, 2003) für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz.



#### 6.1.2.1 *The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia*

Trösken (2002) entwickelte den RES auf Grundlage der Konsistenztheorie von Grawe (1998) zur Erfassung der Ressourcenrealisierung in neun Ressourcenbereichen, die sie aufgrund theoretischer Überlegungen und einer Sichtung der Literatur zu Wohlbefinden und seelischer Gesundheit auswählte. Mit „Ressourcenbereichen“ ist gemeint, dass die Ressourcen nach den motivationalen Zielen, die Personen durch die Realisierung der jeweiligen Ressourcen zu erreichen versuchen, zu Bereichen zusammengefasst sind. Für den ursprünglichen Fragebogen wurden für die abgeleiteten Ressourcenbereiche Verhaltens- und Erlebensweisen in halbstrukturierten Interviews erfragt, die von den Probanden selbst in einen Zusammenhang mit der Erreichung des jeweiligen motivationalen Ziels gebracht wurden. Aus Clusteranalysen resultierten dann übergreifende Kategorien, auf deren Basis die Fragebogenitems formuliert wurden.

Für die Adaption des Fragebogens wählte eine Expertenarbeitsgruppe bestehend aus kognitiven Verhaltenstherapeutinnen mit Erfahrung in der Therapie mit pflegenden Angehörigen und der Durchführung von Tele.TAnDem unter Leitung von Frau Prof. Wilz drei Ressourcenbereiche mit besonderer Relevanz für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz aus: Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden, Realisierung von Ressourcen für die Bewältigung von alltäglichem Stress und Realisierung von Ressourcen für soziale Unterstützung.

Die Förderung der *Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden* ist ein wichtiges Ziel von Unterstützungsangeboten, da viele pflegende Angehörige aufgrund ihrer starken Eingebundenheit in die Pflege auf Selbstfürsorge und ausgleichende angenehme „Freizeit-“ Aktivitäten verzichten (Schüz et al., 2015). In Mediationsanalysen ließ sich die Verschlechterung der psychischen Gesundheit durch die Demenzpflege auf die Einschränkung bzw. den Abbau sozialer und ausgleichender Aktivitäten zurückführen (Mausbach, Patterson, & Grant, 2008; Schüz et al., 2015). Zudem gibt es Hinweise, dass der Effekt einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie auf die Senkung der Depressivität durch die Zunahme an Freizeitaktivitäten vermittelt wurde (Losada, Márquez-González, & Romero-Moreno, 2011).

Die Förderung der *Realisierung von Ressourcen für die Bewältigung von alltäglichem Stress* durch Interventionen ist von zentraler Bedeutung, da pflegende Angehörige im progressiven und degenerativen Krankheitsverlauf der Demenz mit sich ständig wandelnden, neuen Anforderungen

konfrontiert werden. Coping- bzw. Stressbewältigungsstrategien gehören zu den am häufigsten untersuchten Ressourcen, die den negativen Einfluss von Stress auf das Befinden der pflegenden Angehörigen abpuffern (Gottlieb & Wolfe, 2002; Kneebone & Martin, 2003; Papastavrou et al., 2011). Den Ergebnissen eines Meta-Reviews (Gilhooly et al., 2016) zufolge, hängen problemfokussierte Copingstrategien, Akzeptanz und sozial-emotionale Unterstützung mit einer höheren psychischen Gesundheit bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zusammen, während pflegende Angehörige, die Wunschdenken, Verleugnung und Vermeidung als Coping-Strategien anwenden, eine geringere psychische Gesundheit aufweisen. Pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz geeignete Coping-Strategien zu vermitteln, stellt dabei einen wichtigen Ansatzpunkt für Unterstützungsangebote dar, der sich einem systematischen Review von Interventionen zufolge als wirksam erwiesen hat, die psychische Gesundheit der pflegenden Angehörigen zu verbessern (Selwood et al., 2007).

Die Förderung der *Realisierung von Ressourcen für soziale Unterstützung* ist von großer Relevanz, da viele pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz soziale Isolation und einen Mangel an sozialer Unterstützung beklagen (Wilz et al., 2015). Es wird betont, dass in den Wünschen von pflegenden Angehörigen, ihre Erfahrungen zu teilen und sich mit Gleichgesinnten zu vernetzen, ein Bedürfnis nach *sozialer* Unterstützung zum Ausdruck kommt, das über die instrumentelle Unterstützung hinausgeht, aus der weit überwiegend die Pflegedienstleistungen bestehen (Stoltz, Uden, & Willman, 2004). Eine Fülle an Forschungsergebnissen belegt die Bedeutung von sozialer Unterstützung als Prädiktor für Wohlbefinden (Diener, 2012) und als einer der wichtigsten gesundheitlichen Schutzfaktoren (Kaluza, 2015). Obwohl viele Interventionen für pflegende Angehörige auf eine Verbesserung der sozialen Unterstützung abzielen, wurde bisher kaum untersucht, ob Interventionen die soziale Unterstützung tatsächlich erhöhen und dadurch das Befinden von pflegenden Angehörigen positiv beeinflussen (Roth, Mittelman, Clay, Madan, & Haley, 2005). Roth et al. (2005) fanden, dass die Verringerung der Depressivität durch eine aus Einzel- und Familienberatungssitzungen sowie Selbsthilfegruppentreffen bestehende Intervention auf die durch die Intervention erhöhte Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung als Mediator zurückzuführen war. Dass ein Teil des Mediationseffektes weiterhin durch eine veränderte subjektive Stressbewertung erklärt werden konnte, bestärkt die Argumentation, dass soziale Unterstützung

negative Effekte von Demenzpflege abschwächt, indem Angehörige ihre Situation als bewältigbarer einschätzen.

Insgesamt misst der adaptierte Fragebogen „The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia“ die Ressourcenrealisierung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz mit insgesamt 36 Items auf den 3 Skalen „Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden“ (9 Items), „Realisierung von Ressourcen für die Bewältigung von alltäglichem Stress“ (20 Items)<sup>3</sup>, „Realisierung von Ressourcen für soziale Unterstützung“ (7 Items). Die internen Konsistenzen der Skalen reichen von .76 bis .87 und fallen damit zufriedenstellend bis gut aus.

#### 6.1.2.2 Datenanalyse

Es wurden generalisierte Kovarianzanalysen (g-ANCOVA) zur Analyse von durchschnittlichen Treatmenteffekten von Tele.TAnDem auf die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden, Bewältigung von alltäglichem Stress und soziale Unterstützung zum Post- und Follow-Up-Messzeitpunkt durchgeführt. Die Modelle beinhalteten die Treatmentgruppe (0 = KG, 1 = TEL-IG) als unabhängige Variable, die Ressourcenrealisierung zur Prä-Messung als Kovariate sowie die Interaktion von Treatmentgruppe und Kovariate. Der Einschluss des Interaktionsterms ermöglicht die Analyse von bedingten Treatmenteffekten, d.h., ob der Treatmenteffekt in Abhängigkeit von den Kovariatenwerten größer oder kleiner ausfällt.

#### 6.1.3 Ergebnisse

In die Analysen zum Post-Messzeitpunkt flossen Daten von 235 pflegenden Angehörigen (TEL-IG:  $n = 121$ , KG:  $n = 114$ ) und zum Follow-Up von 230 pflegenden Angehörigen ein (TEL-IG:  $n = 118$ , KG:  $n = 112$ ). Zum Post-Messzeitpunkt realisierten Teilnehmer\*innen der TEL-IG signifikant häufiger Ressourcen für Wohlbefinden und Bewältigung von alltäglichem Stress als

---

<sup>3</sup> Da die Übernahme und Aufrechterhaltung der Rolle als pflegender Angehöriger eines Menschen mit Demenz als eine (Identitäts-)Krise aufgefasst werden kann, die einen Anpassungsprozess erfordert (Töpfer, Foster, & Wilz, 2014), können auch Ressourcen zur Krisenbewältigung pflegenden Angehörigen helfen, Stress in ihrem Alltag zu bewältigen. Daher wurden zusätzlich Items der Skala zur Realisierung von Ressourcen für Krisenbewältigung des Originalfragebogens mit in die Skala zur Realisierung von Ressourcen zur Bewältigung von alltäglichem Stress des adaptierten Fragebogens aufgenommen.

Teilnehmer\*innen der KG (Wohlbefinden:  $\text{Diff}_{\text{IG-KG}} = 0.2, p = .013, d = .29$ ; Stressbewältigung:  $\text{Diff}_{\text{IG-KG}} = 0.16, p = .002, d = .34$ ). Die Treatmenteffekte zum Post-Messzeitpunkt hielten nicht bis zum Follow-Up 6 Monate nach Ende der Intervention an. Hinsichtlich der Realisierung von Ressourcen für soziale Unterstützung gab es keine signifikanten Gruppenunterschiede zum Post-Messzeitpunkt und zum Follow-Up, allerdings zeigte sich ein Trend in Richtung eines bedingten Treatmenteffektes zum Post-Messzeitpunkt ( $\beta = .245, p = .050$ ). Der Effekt von Tele.TAnDem auf die Realisierung von Ressourcen für soziale Unterstützung war zum Post-Messzeitpunkt umso größer, je häufiger Angehörige zum Prä-Messzeitpunkt bereits Ressourcen für soziale Unterstützung realisierten.

### 6.1.4 Diskussion

Die Ergebnisse liefern Hinweise darauf, dass Tele.TAnDem erfolgreich die Ressourcenrealisierung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz fördert. Damit erweitert die Studie den noch sehr begrenzten Forschungsstand zur effektiven Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch die Förderung ihrer Stärken und Ressourcen. Der marginal signifikante bedingte Treatmenteffekt, dass die Effekte von Tele.TAnDem auf die Realisierung von Ressourcen für soziale Unterstützung zum Post-Messzeitpunkt größer sind, je höher die Realisierung von sozialen Ressourcen vor der Intervention ausfiel, unterstreicht die Bedeutung eines Fokus auf die *vorhandenen* Ressourcen, die Angehörigen prinzipiell zur Verfügung stehen, die jedoch nicht in dem Maße genutzt werden, wie es möglich und hilfreich wäre. Der stärkere Fokus auf die Aktivierung der bereits vorhandenen Ressourcen unterscheidet das Ressourcenkonzept bei vielen bestehenden Überschneidungen von Modellen der positiven Psychologie (Willutzki, 2008) und insbesondere von einem Aufbau von *fehlenden* Problem- bzw. Stressbewältigungsstrategien, der besonders in Interventionen verbreitet ist, die sich auf das Stress-Coping-Paradigma beziehen. Während es in den allermeisten Ressourcenbereichen möglich ist, subjektiv hilfreiche Ressourcen zu identifizieren und zu re-aktivieren, ist Therapeut\*innen die Aktivierung von Ressourcen für soziale Unterstützung womöglich stärker durch „objektiv“ und extern bestehende Begrenzungen erschwert. Wenn Angehörige jedoch schon vor der Intervention soziale Ressourcen wahrnehmen und nutzen, tun sie dies in noch größerem Maße nach der Intervention.

## 6.2 Studie 2: Tele.TAnDem fördert die Lebensqualität pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz

### Zitation:

Meichsner, F.\*, Töpfer, N. F\*, Reder, M., Soellner, R., & Wilz, G. (2019). Telephone-based cognitive behavioral intervention improves dementia caregivers' quality of life. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. doi: 10.1177/1533317518822100

\*Co-first authorship: Franziska Meichsner and Nils F. Töpfer contributed equally to this work.

### 6.2.1 Hintergrund

Ziel der zweiten Studie (siehe Appendix B) war es zu erforschen, ob Tele.TAnDem die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz im Sinne der breiteren psychosozialen Integration der Gesundheitsdefinition der WHO fördert. Hintergrund der Studie war, dass zwar bereits für eine ganze Reihe von Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz Behandlungseffekte hinsichtlich verschiedener Erfolgsmaße nachgewiesen werden konnten, der überwiegende Großteil der Studien jedoch die Reduktion von Symptomen, Problemen und Beschwerden betrachtete. Unter Berücksichtigung, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit, besteht ein Bedarf an Forschung zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, die auch das positive Spektrum des menschlichen Funktionierens und Erlebens einbezieht. Durch das Aufkommen und die Verbreitung der positiven Psychologie wird zunehmend die Bedeutung anerkannt, Interventionen zu erforschen, die Menschen helfen „aufzublühen“ und – auch trotz Widrigkeiten – Erfüllung in ihrem Leben zu finden. Lebensqualität wurde von Experten als zentrales Outcome-Maß in der Forschung zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz identifiziert (Moniz-Cook et al., 2008).

### 6.2.2 Methoden

Studie 2 basiert ebenfalls auf den Daten des Forschungsprojektes Tele.TAnDem.Transfer (siehe 5.4.2).

#### 6.2.2.1 WHO-QoL-BREF

Lebensqualität wurde mit dem WHO-QoL-BREF erfasst (Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2000). Der WHO-QoL-BREF stellt die Kurzform des WHO-QoL-100 dar, der im Rahmen eines internationalen Forschungsprojektes der WHO entwickelt wurde, um Lebensqualität international

und ganzheitlich zu erfassen. Dem Fragebogen liegt die folgende Definition von Lebensqualität der WHO-QoL Forschungsgruppe zugrunde: „Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ (Angermeyer et al., 2000, S. 10). Der WHO-QoL-BREF misst die Lebensqualität in den vier Domänen physische Gesundheit (7 Items,  $\alpha = .83$ ), psychologische Gesundheit (6 Items,  $\alpha = .81$ ), soziale Beziehungen (3 Items,  $\alpha = .58$ ) und Umwelt (8 Items,  $\alpha = .72$ ) sowie eine Globalbeurteilung der Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Gesundheit (2 Items,  $\alpha = .52$ ).

### 6.2.2.2 Datenanalyse

Zur Analyse von durchschnittlichen Treatmenteffekten wurden Latent-Change-Modelle in MPlus gerechnet, in denen die Gruppenzugehörigkeit ( $KG = 0$ ,  $TEL-IG = 1$ ) als Prädiktor der mittleren latenten Veränderung von der Prä- zur Post-Messung ( $\Delta T1-T0$ ) sowie von der Prä- zur Follow-Up-Messung ( $\Delta T2-T0$ ) getestet wurde. Geschlecht wurde in die Analysen als Kovariate einbezogen. Es wurden intention-to-treat Analysen durchgeführt und fehlende Werte mittels Full Information Maximum Likelihood-Methode geschätzt. Da Skalen über die Gruppen und Messzeitpunkte dasselbe messen müssen, um Treatmenteffekte in Längsschnittmodellen zu analysieren, analysierten wir Messinvarianzlevel (konfigural, schwach faktoriell, stark faktoriell) über die Gruppen und die Messzeitpunkte.

Zur Analyse der klinischen Signifikanz der Veränderungen in der Lebensqualität wurde in einem ersten Schritt für jede Teilnehmerin und jeden Teilnehmer die Differenz zwischen Prä- und Post-Messung berechnet. Wenn sich die Lebensqualität um 0.5 SD verschlechterte, wurde die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer als „verschlechtert“ und wenn sich die Lebensqualität um 0.5 SD verbesserte als „verbessert“ eingestuft. Für beide Gruppen wurde daraufhin die Anzahl der Teilnehmer\*innen mit verschlechterter Lebensqualität von der Anzahl der Teilnehmer\*innen mit verbesserter Lebensqualität subtrahiert, woraus für jede Gruppe das sog. net improvement resultierte. Abschließend wurde die Differenz im net improvement zwischen der TEL-IG und der KG gebildet und das 95% Konfidenzintervall für die Differenz berechnet.

### 6.2.3 Ergebnisse

In die Analysen flossen Daten von 273 pflegenden Angehörigen ein (TEL-IG:  $n = 139$ , KG:  $n = 134$ ). Alle Skalen des WHO-QoL-BREF wiesen starke faktorielle Invarianz auf, d.h. die Intercepts und Ladungen der Indikatoren der latenten Variablen blieben über die beiden Gruppen und drei Messzeitpunkte gleich. Die Latent-Change-Modelle wiesen für alle Skalen eine zufriedenstellende Modellpassung auf.

Die Teilnehmer\*innen der TEL-IG gaben zum Post-Messzeitpunkt eine signifikant bessere globale Lebensqualität ( $\gamma = 0.386, p = .006, d = .340$ ), psychologische Gesundheit ( $\gamma = 0.237, p = .041, d = .249$ ) und physische Gesundheit ( $\gamma = 0.283, p = .006, d = .336$ ) an als Teilnehmer\*innen der KG. Zum Follow-Up gab es keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Die Analysen zum net improvement bestätigten, dass die statistisch signifikanten Gruppenunterschiede zum Post-Messzeitpunkt auch klinisch signifikant sind. Das net improvement fiel in der TEL-IG signifikant größer aus als in der KG für die globale Lebensqualität ( $\Delta$  Prozentpunkte = 23.8; 95% CI: 15.6 bis 32.0), psychologische Gesundheit ( $\Delta$  Prozentpunkte = 22.4; 95% CI: 14.8 bis 30.0) und physische Gesundheit ( $\Delta$  Prozentpunkte = 19.1; 95% CI: 11.8 bis 26.4).

### 6.2.4 Diskussion

Die Ergebnisse liefern Hinweise, dass Tele.TAnDem erfolgreich die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz fördert. Hinsichtlich der Frage, ob Tele.TAnDem einer Verschlechterung der Lebensqualität entgegenwirkt oder die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz verbessert, sprechen die Veränderungen der Mittelwerte über die drei Messzeitpunkte dafür, dass die Lebensqualität in der KG und der TEL-IG anstieg, die Anstiege in der TEL-IG jedoch größer ausfielen. Ein genauerer Blick auf die Analysen zum net improvement zeigen dagegen, dass es doppelt so viele (physische Gesundheit) oder sogar dreimal mehr Teilnehmer\*innen mit verschlechterter Lebensqualität in der KG im Vergleich mit der TEL-IG gibt. Die Analysen zur klinisch signifikanten intraindividuellen Veränderung von der Prä- zur Post-Messung legen nahe, dass Tele.TAnDem im Sinne eines Abpufferungseffektes der negativen Auswirkungen von Demenzpflege einer Verschlechterung der Lebensqualität entgegenwirkte. Da ein Abpufferungseffekt größer für stärker belastete pflegende Angehörige ausfällt, in die Studie jedoch ungeachtet der Lebensqualität zur Prä-Messung alle Interessenten aufgenommen wurden, die die

Einschlusskriterien erfüllten, kann davon ausgegangen werden, dass Tele.TAnDem in stärker belasteten Stichproben größere Effekte hinsichtlich der Lebensqualität erzielen würde.

Da bisherige Forschung zu Effekten von Interventionen auf die Lebensqualität pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz durch eine große Heterogenität der untersuchten Interventionen und der verwendeten Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität sowie durch inkonsistente Ergebnisse gekennzeichnet ist, können Einsichten in Interventionseffekte auf die Lebensqualität nicht allein durch den Vergleich empirischer Studienergebnisse gewonnen werden, sondern erfordern theoretische und konzeptuelle Überlegungen, *wie* die Effekte zustande kommen. Wie in Abschnitt 2.2 dargelegt, finden Zwei-Prozess- bzw. Zwei-Faktoren-Modelle in der Forschung zu pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zunehmend Berücksichtigung, die von zwei parallelen Prozessen ausgehen: Positive Aspekte beeinflussen positive Outcomes und negative Aspekte negative Outcomes, wobei zwischen den Pfaden vermutlich Wechselbeziehungen bestehen. Sowohl positive und negative Outcomes hängen wiederum mit Lebensqualität zusammen (Crellin et al., 2014).

Tele.TAnDem fokussiert sowohl das Abschwächen von negativen Bewertungen als auch das Stärken von positiven Bewertungen. Neben den klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien wie kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken (z.B. Perfektionismus in der Pflege und Schuldgefühle als Barrieren der Inanspruchnahme von Unterstützung) und Aktivitätsaufbau (z.B. Sammlung, Auswahl, Planung, Umsetzung und Aufrechterhaltung von ausgleichenden Aktivitäten) scheint Ressourcenaktivierung als übergeordnete Interventionsheuristik ein vielversprechender Wirkmechanismus zu sein, der im Rahmen eines positiven Rückkopplungsprozesses (siehe 3.1.2 und 3.1.4) die beiden Prozesse, d.h. sowohl negative Pfade als auch positive Pfade beeinflussen und darüber die Lebensqualität pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz ganzheitlich fördern könnte. Diese Überlegungen liegen der folgenden dritten Studie zugrunde.



### 6.3 Studie 3: Die Zunahme der Ressourcenrealisierung mediiert die Effekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität

#### Zitation:

Töpfer, N. F., & Wilz, G. (under review). Increases in utilization of psychosocial resources mediate effects of cognitive-behavioural intervention on dementia caregivers' quality of life. *The Journal of Positive Psychology*

#### 6.3.1 Hintergrund

In Studie 3 (siehe Appendix C) wurde untersucht, ob die in Studie 1 gefundene Zunahme der Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und Bewältigung von alltäglichem Stress die in Studie 2 gefundenen Effekte von Tele.TAnDem auf die globale Lebensqualität, die psychologische Gesundheit und die physische Gesundheit vermittelt. Mediationsanalysen liefern wichtige Hinweise auf die Wirkmechanismen, die Behandlungseffekten zugrunde liegen bzw. diese erklären. Damit liefern Mediationsanalysen über die Frage hinausgehend, *ob* Interventionen wirksam sind, wichtige Hinweise darauf, *warum* Interventionen wirksam sind.

Bisher gibt es nur eine sehr begrenzte Anzahl an Mediationsanalysen von Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Der Großteil der Studien hat den Rückgang von negativen Aspekten, v.a. Variablen, die für die subjektive Stressbewertung relevant sind, als Mediatoren von Behandlungseffekten hinsichtlich des Rückgangs von Symptomen und Beschwerden untersucht (Cheng, Fung, Chan, & Lam, 2016; Coon, Thompson, Steffen, Sorocco, & Gallagher-Thompson, 2003; Li et al., 2014; Márquez-González, Losada, Izal, Pérez-Rojo, & Montorio, 2007; Roth et al., 2005). Nur zwei Studien haben die Förderung positiver Aspekte als Mediatoren betrachtet (Cheng et al., 2016; Losada et al., 2011) und nur eine Studie hat Mediationseffekte auf ein positives Erfolgsmaß getestet (Cheng et al., 2016). Nach meinem Kenntnisstand hat bisher jedoch noch keine Studie zu pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz gleichzeitig die Reduktion negativer Erfahrungen und die Förderung positiver Erfahrungen als Mediatoren von Interventionseffekten auf ein Erfolgsmaß getestet, das das gesamte Spektrum des menschlichen Funktionierens und Erlebens abdeckt.

Vor dem Hintergrund, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit und dass die Reduktion negativer Aspekte und die Förderung positiver Aspekte konzeptuell verschiedene, aber vermutlich zusammenhängende Prozesse darstellen, wurden in der dritten Studie die Realisierung

von Ressourcen für Stressbewältigung (d.h. die Reduktion negativer Erfahrungen) und die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden (d.h. die Förderung positiver Erfahrungen) simultan als Mediatoren der Effekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität als Erfolgsmaß im Sinne der breiteren psychosozialen Integration der Gesundheitsdefinition der WHO untersucht.

### **6.3.2 Methoden**

Studie 3 basiert auf den Daten des Forschungsprojektes Tele.TAnDem.Transfer (siehe 5.4.2).

#### *6.3.2.1 Messinstrumente*

Die Ressourcenrealisierung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz wurde mit The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia erhoben (siehe 6.1.2.1). Da in Studie 1 nachgewiesen wurde, dass Telel.TAnDem signifikant die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und Bewältigung von alltäglichem Stress erhöht, wurden Mediatoreffekte der Realisierung von Ressourcen aus diesen beiden Bereichen getestet.

Die Lebensqualität wurde mit dem WHO-QoL-BREF gemessen (siehe 6.2.2.1). Für Studie 3 wurden die Domänen globale Lebensqualität, physische Gesundheit und psychologische Gesundheit verwendet, für die in Studie 2 Behandlungseffekte von Tele.TAnDem gefunden wurden.

#### *6.3.2.2 Datenanalyse*

Es wurden parallele multiple Mediationsmodelle mit dem PROCESS Macro für SPSS (Hayes, 2013) gerechnet. PROCESS ermittelt per Bootstrapping einen Schätzwert mit Vertrauensintervall für den indirekten Effekt eines Prädiktors (X) auf eine Outcome-Variable (Y) vermittelt über die Mediator-Variable (M). Das Bootstrap-Verfahren hat gegenüber dem Sobel Test den Vorteil, dass keine normale Stichprobenverteilung des indirekten Effektes angenommen wird, sondern eine empirische Stichprobenverteilung für den indirekten Effekt ermittelt wird: Aus der Originalstichprobe werden wiederholt Sekundärstichproben im Umfang der Originalstichprobe gezogen (Ziehen mit Zurücklegen), aus denen jeweils der Schätzwert für den indirekten Effekt gewonnen wird, so dass man durch Wiederholung eine empirische Stichprobenverteilung für den indirekten Effekt erhält, aus der sich ein Vertrauensintervall ermitteln lässt. Für Studie 3 wurden 5000 Bootstrap Samples und

95% BCa-Konfidenzintervalle (bias-corrected and accelerated confidence intervals, BCa CI) verwendet.

Parallele multiple Mediationanalysen wurden separat für jede der drei Domänen der Lebensqualität gerechnet (psychologisch, physisch, global). Die Modelle enthielten die Gruppenvariable (0 = KG, 1 = TEL-IG) als Prädiktor (X), die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden zur Prä-Messung ( $Z_1$ ) und die Realisierung von Ressourcen für die Bewältigung von alltäglichem Stress zur Prä-Messung ( $Z_2$ ) als Kovariaten, die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden zur Post-Messung ( $M_1$ ) und die Realisierung von Ressourcen für die Bewältigung von alltäglichem Stress zur Post-Messung ( $M_2$ ) als Mediator-Variablen und die jeweilige Domäne der Lebensqualität ( $Y_1$ - $Y_3$ ) als abhängige Variable.

Parallele multiple Mediationsmodelle haben gegenüber separaten einfachen Mediationsmodellen den Vorteil, dass sowohl ein *totaler indirekter Effekt* über die multiplen Mediatoren *zusammengenommen* getestet werden kann als auch *spezifische indirekte Effekte* über jeden einzelnen Mediator unter Kontrolle aller anderen berücksichtigten Mediatoren. Durch spezifische indirekte Effekte ist es möglich, herauszufinden, inwiefern ein Mediator einen Behandlungseffekt *eigenständig*, d.h. über alle anderen Mediatoren hinaus erklärt. Wir verglichen die spezifischen indirekten Effekte mit paarweisen Kontrasten, um zu testen, ob sich die Mediatoren hinsichtlich ihres eigenständigen Beitrags zur Erklärung der Behandlungseffekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität signifikant unterscheiden.

### 6.3.3 Ergebnisse

In die Analysen flossen Daten von 235 pflegenden Angehörigen ein (TEL-IG:  $n = 121$ , KG:  $n = 114$ ). Alle totalen indirekten Effekte über die beiden Mediatoren zusammengekommen waren signifikant, sodass die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und für Stressbewältigung als Set die Effekte von Tele.TAnDem auf die psychologische Gesundheit ( $b = 2.66$ , 95% BCa CI [0.90; 4.74]), die physische Gesundheit ( $b = 2.09$ , 95% BCa CI [0.76; 4.00]) und die globale Lebensqualität ( $b = 2.28$ , 95% BCa CI [0.87; 4.26]) mediierten.

Hinsichtlich der spezifischen indirekten Effekte medierte die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden signifikant die Effekte von Tele.TAnDem auf die psychologische Gesundheit ( $b = 2.43$ , 95% BCa CI [0.76; 4.71]), physische Gesundheit ( $b = 1.34$ , 95% BCa CI [0.33; 3.14]) und globale

Lebensqualität ( $b = 1.19$ , 95% BCa CI [0.26; 2.91]). Die Realisierung von Ressourcen für die Bewältigung von alltäglichem Stress medierte signifikant die Effekte von Tele.TAnDem auf die physische Gesundheit ( $b = 0.75$ , 95% BCa CI [0.87; 1.89]) und globale Lebensqualität ( $b = 1.10$ , BCa CI [0.28; 2.52]).

Da der indirekte Effekt über die Realisierung von Ressourcen für Stressbewältigung auf die psychologische Gesundheit nicht signifikant war ( $b = 0.23$ , 95% BCa CI [-0.43; 1.05]), rechneten wir post-hoc eine einfache Mediationsanalyse, in die wir nur die Realisierung von Ressourcen für Stressbewältigung als Mediator einschlossen. In der einfachen Mediationsanalyse medierte die Realisierung von Ressourcen für Stressbewältigung signifikant den Effekt von Tele.TAnDem auf die psychologische Gesundheit ( $b = 1.91$ , 95% BCa CI [0.79; 3.58]).

In Bezug auf die Erklärung des Effektes von Tele.TAnDem auf die psychologische Gesundheit erbrachten die paarweisen Kontraste einen signifikanten Unterschied zwischen den spezifischen indirekten Effekten dergestalt, dass die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden einen signifikant höheren eigenständigen Beitrag zur Erklärung des Behandlungseffektes lieferte als die Realisierung von Ressourcen für die Bewältigung von alltäglichem Stress ( $b = 2.21$ , 95% BCa CI [0.38; 4.86]). Für die physische Gesundheit und globale Lebensqualität erbrachten die paarweisen Kontraste keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden spezifischen indirekten Effekten.

### 6.3.4 Diskussion

Die Ergebnisse der dritten Studie bestätigen, dass die Effekte von Tele.TanDem auf die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz auf die Zunahme der Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und Bewältigung von alltäglichem Stress zurückgehen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und Stressbewältigung unterschiedliche und jeweils eigenständige Beiträge zur Erklärung der Behandlungseffekte auf die physische Gesundheit und globale Lebensqualität leisten. Damit sprechen die Ergebnisse dafür, dass Interventionen, die sowohl Ressourcen für Wohlbefinden als auch Stressbewältigung re-aktivieren, die physische Gesundheit und globale Lebensqualität in größerem Maße fördern können als Interventionen, die sich auf die Aktivierung von Ressourcen aus einem der beiden Bereiche beschränken.

Für die Förderung der psychologischen Gesundheit scheint dagegen vor allem die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden bedeutsam zu sein. Der indirekte Effekt auf die psychologische Gesundheit über die Realisierung von Ressourcen für Stressbewältigung war in der multiplen Mediationsanalyse nicht signifikant, in einer einfachen Mediationsanalyse jedoch signifikant. Diese Ergebnisse legen nahe, dass der scheinbare Mediationseffekt der Realisierung von Ressourcen für Stressbewältigung in der einfachen Mediation auf den geteilten Zusammenhang mit der Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden zurückgeht. Es kann daher geschlussfolgert werden, dass die Förderung der Realisierung von Ressourcen für Stressbewältigung nur in dem Maße die psychologische Gesundheit fördert, in dem sie pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz angenehme, mit Wohlbefinden verbundene Erfahrungen ermöglicht.

Die Art der Mediation in Studie 3 kann als indirect-only Mediation klassifiziert werden, da die indirekten Effekte der Mediatoren signifikant waren (mit einer Ausnahme) und die direkten Effekte der Intervention auf Lebensqualität nicht signifikant waren, wenn die Mediatorvariablen in das Modell eingeschlossen wurden (Zhao, Lynch, & Chen, 2010). Diese Art der Mediation entspricht der vollständigen Mediation nach Baron und Kenny (1986). Die Nicht-Signifikanz des direkten Effekts von Tele.TAnDem auf Lebensqualität impliziert, dass es keinen signifikanten „unerklärten“ Teil des Behandlungseffektes von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität gibt. Damit liefern die Mediationsanalysen empirische Nachweise für die angenommenen Mediatoren und dass weitere nicht berücksichtigte Mediatoren unwahrscheinlich sind.

## **7 Zusammenfassende Diskussion**

Der Ausgangspunkt der vorliegenden Dissertation war das Forschungsdesiderat, dass bisherige Forschung zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz weit überwiegend die Reduktion von negativen Aspekten fokussiert hat. Dieser Fokus spiegelt sich in der Gestaltung von Interventionen, in der Wahl der Erfolgsmaße, mit denen die Effekte von Interventionen evaluiert wurden, sowie in den untersuchten Wirkmechanismen, die den Effekten von Interventionen zugrunde liegen. Ziel der Dissertation war es, die vorherrschenden Kompensationsansätze sowie die Problem- und Defizitorientierung durch die Betrachtung von Ressourcenaktivierung als Kapitalisierungsstrategie zur ganzheitlichen Förderung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zu ergänzen. Ressourcenaktivierung, d.h. das Aufgreifen und Nutzen der vorhandenen persönlichen Stärken, stellt in Tele.TAnDem, einer telefonischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, eine übergeordnete Interventionsheuristik dar. In der vorliegenden Dissertation wurde untersucht, ob Tele.TAnDem (als ressourcenaktivierende Intervention) die Ressourcenrealisierung der pflegenden Angehörigen (als Indikator für eine erfolgreiche Ressourcenaktivierung) erhöht (Studie 1), ob Tele.TAnDem die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen (als Erfolgsmaß, das das gesamte Spektrum menschlichen Funktionierens abdeckt und Behandlungseffekte nicht nur als Reduktion von negativen Aspekten wie Symptomen und Beschwerden erfasst) fördert (Studie 2), und ob die Zunahme der Ressourcenrealisierung die Behandlungseffekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität vermittelt (Studie 3). Die Daten der drei Studien stammen aus einer randomisiert-kontrollierten Studie, in der die Effektivität der in etablierten Versorgungsstrukturen durchgeführten Tele.TAnDem-Intervention ( $n = 139$ ) im Vergleich mit der Regelversorgung ( $n = 134$ ) evaluiert wurde.

### **7.1 Relevanz und Einordnung der Ergebnisse von Studie 1**

Die Ergebnisse der Studie 1 zeigen, dass Teilnehmer\*innen der TEL-IG zur Post-Messung signifikant häufiger Ressourcen für Stressbewältigung und Wohlbefinden realisierten als Teilnehmer\*innen der KG. Indem Tele.TAnDem erfolgreich die Realisierung von Ressourcen für Stressbewältigung fördert, unterstützt die Intervention pflegende Angehörige darin, besser mit den sich ständig wandelnden, neuen Anforderungen im progressiven, degenerativen Krankheitsverlauf der Demenz zurecht zu kommen. Da die erheblichen physischen, psychologischen, emotionalen und

sozialen Auswirkungen der Pflege oft zu einer enormen Belastung der pflegenden Angehörigen führen (siehe 1.3), kommt den Ressourcen zur Stressbewältigung als protektiver Faktor eine zentrale Bedeutung zu: Wenn pflegende Angehörige den Eindruck haben, dass ihre Ressourcen zur Bewältigung der alltäglichen Stressoren ausreichen, werden sie die Pflege subjektiv als weniger belastend erleben, wodurch negativen gesundheitlichen Auswirkungen der Belastung entgegengewirkt wird.

Da es bei vielen pflegenden Angehörigen aufgrund ihrer starken Eingebundenheit in die Pflege zu einer Abnahme von Selbstfürsorge und ausgleichenden „Freizeit-“ Aktivitäten kommt, die wiederum zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit führt (Mausbach et al., 2008; Schüz et al., 2015), erreicht Tele.TAnDem durch die Förderung der Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden zudem ein weiteres wichtiges Ziel in der Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz. Damit ergänzt Studie 1 den wachsenden, aber noch vergleichsweise begrenzten Wissensstand zur Förderung von positiven Erfahrungen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. Es ist auffallend, dass sich die wenige Forschung zu positiven Aspekten weit überwiegend auf positive Aspekte *der Pflege bzw. Pflegerolle* bezieht, v.a. die positive Qualität der Beziehung zur gepflegten Person mit Demenz, Erfolgserlebnisse sowie Gefühle von Erfüllung und Sinnhaftigkeit in der Pflegerolle (Carbonneau, Caron, & Desrosiers, 2010). Während die Betrachtung positiver Aspekte der Pflege einerseits zweifellos eine wichtige Ergänzung des zuvor eher einseitig auf negative Aspekte der Pflege gerichteten Blicks darstellt, so beschränkt sie die pflegenden Angehörigen andererseits auf ihre Pflegerolle. Allerdings ist die sog. *role captivity*, d.h. das Gefühl, in der Pflegerolle „gefangen“ zu sein, bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz stärker ausgeprägt als bei pflegenden Angehörigen von nicht-dementen pflegebedürftigen Erwachsenen (Bertrand, Fredman, & Saczynski, 2006). Pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz auch explizit positive Erfahrungen *außerhalb* ihrer Pflegerolle zu ermöglichen, stellt daher ein wichtiges, bisher eher vernachlässigtes Ziel von Interventionen dar.

Zusammengenommen weisen die Ergebnisse von Studie 1 also darauf hin, dass Tele.TAnDem durch die Förderung der Ressourcenrealisierung der pflegenden Angehörigen, die einen proximalen Indikator für erfolgreiche Ressourcenaktivierung darstellt, sowohl negative Erfahrungen abschwächen als auch positive Erfahrungen stärken kann.

## 7.2 Relevanz und Einordnung der Ergebnisse von Studie 2

Studie 2 liefert Hinweise darauf, dass Tele.TAnDem die globale Lebensqualität, die psychologische Gesundheit und die physische Gesundheit vom Prä- zum Post-Messzeitpunkt signifikant im Vergleich mit der KG stärkte. Diese Ergebnisse ergänzen den Forschungsstand zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz insofern, als die Interventionsforschung Behandlungserfolge überwiegend als Rückgang von negativen Aspekten (z.B. Symptome, Probleme, Beschwerden) operationalisiert hat. Es besteht daher ein Bedarf an Forschung, die stärker das positive Spektrum des menschlichen Erlebens und Funktionierens berücksichtigt und untersucht, wie pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz „aufblühen“ und optimaleres Wohlbefinden erreichen können (Stansfeld et al., 2017). Die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen wurde als eine für die Interventionsforschung zentrale Outcome-Variable und der WHO-QoL-BREF als eines der besten, aktuell verfügbaren Instrumente zu ihrer Erfassung empfohlen (Moniz-Cook et al., 2008). In den Studien, die Behandlungseffekte hinsichtlich der Lebensqualität untersucht haben, wurden zum Teil suboptimale Indikatoren für die Lebensqualität verwendet. Zum Beispiel wurden Instrumente verwendet, die Screeninginstrumente für psychiatrische Erkrankungen darstellen (General Health Questionnaire; Rodriguez-Sanchez et al., 2013), Lebensqualität wurde recht „grob“ mit nur wenigen Items (Mittelman, Roth, Clay, & Haley, 2007) oder in nur einer Domäne erfasst (Livingston et al., 2013; Livingston et al., 2014) oder es wurden nur Ergebnisse für die globale Lebensqualität ohne Differenzierung der verschiedenen Domänen berichtet (Chien & Lee, 2011).

Hinsichtlich kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen wurden bisher lediglich Behandlungseffekte von einer Intervention gefunden, die psychoedukative und kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente kombinierte (Livingston et al., 2013; Livingston et al., 2014) und einer Gruppentherapie, die einen kleinen, statistisch jedoch nicht signifikanten Effekt auf die Lebensqualität hatte. Studie 2 weist erstmals die Wirksamkeit einer *telefonischen* kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention für die Förderung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz nach und wirft die Frage auf, ob telefonische kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzeltherapie wirksamer die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz fördert als kognitiv-verhaltenstherapeutische F2F-Gruppentherapie.

Studien 1 und 2 erweitern auch den bisherigen Kenntnisstand zur erweiterten Tele.TAnDem-Intervention, indem sie zeigen, dass Tele.TAnDem nicht nur erfolgreich negative Auswirkungen der



Pflege abschwächen und die Stressbewältigung stärken (Depressivität, körperlicher Beschwerdedruck, pflegebedingte Trauer, Zurechtkommen mit der Pflegesituation; Meichsner & Wilz, 2018; Wilz, Reder et al., 2018), sondern auch das Wohlbefinden und die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz fördern kann. Damit liegt eine breite Evidenzbasis der gesundheitsförderlichen Wirkung von Tele.TAnDem vor.

### **7.3 Diskussion der „kleinen“ Effektstärken**

Die Effektstärken der Effekte von Tele.TAnDem fielen in Studie 1 und Studie 2 klein aus (Cohen's  $d$ : .025 – 0.34). Die Stärke der Behandlungseffekte von Tele.TAnDem auf die Ressourcenrealisierung und Lebensqualität ist somit vergleichbar mit den Effektstärken anderer Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz und hinsichtlich anderer Erfolgsmaße (Pinquart & Sörensen, 2006). Auch die bisher für die erweiterte Tele.TAnDem-Intervention gefundenen Effekte auf andere Outcome-Variablen lagen im Bereich kleiner Effektstärken (Meichsner & Wilz, 2018; Wilz, Reder et al., 2018).

Um die Stärke der für Tele.TAnDem und andere Interventionen gefundenen Effekte sinnvoll einordnen zu können, sollten Therapieprozessmaße und potentielle Wirkmechanismen stärker in den Blick genommen werden. Solche Untersuchungen können Aufklärung darüber geben, warum bzw. wodurch Behandlungseffekte zustande kommen. Dadurch können wiederum Hinweise gewonnen werden, wie sich Behandlungseffekte durch einen stärkeren Fokus auf empirisch überprüfte Wirkmechanismen verstärken lassen. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Studie 1 und Studie 2 erscheint es beispielsweise sinnvoll zu untersuchen, ob eine erhöhte Ressourcenaktivierung im Therapieprozess mit einer höheren Ressourcenrealisierung nach der Therapie zusammenhängt (siehe 8.2.1.1) und ob die Ressourcenrealisierung die Effekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität vermittelt und welche jeweiligen Beiträge dazu die Realisierung von Ressourcen aus verschiedenen Bereichen leisten (siehe 6.3 und 7.5). Studie 3 stellt einen ersten wichtigen Schritt in diese Richtung dar, der durch weiterführende Untersuchungen weiterverfolgt werden kann (siehe 8.2).

Zarit und Femia (2008) haben verschiedene Gründe für die oftmals lediglich kleinen Effekte von Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz diskutiert. Sie erinnern an das vermeintlich Selbstverständliche, dass Demenzpflege keine psychische Störung darstellt wie z.B. Depressionen. Dennoch folgen viele Interventionsstudien einer ähnlichen Logik: Für Studien zur

Evaluation von Depressionsbehandlungen werden Patient\*innen mit Depressionen, für Studien zur Evaluation von Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz werden pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz rekrutiert. Der zentrale Unterschied besteht nach Zarit und Femia (2008) darin, dass das Einschlusskriterium der Depression sinnvollerweise eine Depressionsbehandlung indiziert, sich aus der Pflege eines Menschen mit Demenz jedoch nicht per se und unmittelbar ein spezifischer Behandlungsbedarf ergibt. Während zum Beispiel einerseits ein beträchtlicher Anteil von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz klinisch bedeutsame Depressivität aufweist (20-50%), weisen andererseits 50-80% keine Depressivität auf und können demnach auch nicht von einer Behandlung profitieren, die darauf abzielt, Depressivität zu senken (Zarit & Femia, 2008). Für einen großen Teil der Teilnehmer\*innen wäre folglich keine oder kaum Veränderung hinsichtlich der Depressivität durch eine Behandlung zu erwarten, was mit einem Verlust statistischer Power einhergeht, Veränderungen nachzuweisen.

Zarit und Femia (2008) schlagen als Lösungen vor, Einschlusskriterien vor dem Hintergrund des Behandlungsrationalis und der Behandlungsziele zu wählen, Interaktionseffekte zu analysieren, das therapeutische Vorgehen individuell auf die pflegenden Angehörigen und ihr jeweiliges Profil von Risikofaktoren – und, das möchte ich nochmal bekräftigen, auch auf die Schutzfaktoren bzw. Ressourcen – abzustimmen und die Wahl der relevanten Zielvariablen an den persönlichen Behandlungszielen der Angehörigen auszurichten. Tele.TAnDem trägt der von Zarit und Femia (2008) betonten Bedeutung der Individualisierung von Interventionen Rechnung (siehe 5.1.3 und 5.2). Wie bereits angemerkt, wurden im Tele.TAnDem.Transfer-Projekt jedoch keine Schwellen- oder Cut-Off-Werte für die Ausprägung von Zielvariablen vor Therapiebeginn als Einschlusskriterien festgelegt. Alle pflegenden Angehörigen in die Studie einzuschließen, die selbst einen Bedarf an Unterstützung wahrnahmen, scheint vor dem Hintergrund sinnvoll, dass es sich bei Tele.TAnDem.Transfer um eine Implementierungsstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit der unter praxisnahen Bedingungen durchgeführten Tele.TAnDem-Behandlung zur Verstetigung des Interventionskonzepts in bestehenden Versorgungsstrukturen handelte. Es scheint jedoch in der Argumentation von Zarit und Femia (2008) durchaus denkbar, dass die Effekte in Tele.TAnDem.Transfer und damit auch in den Studien dieser Dissertation kleiner ausfielen als es in (noch) stärker belasteten Stichproben der Fall sein könnte. Nach Zarit und Femia (2008) könnten Moderatoranalysen Aufschluss darüber geben, ob Angehörige mit höherer Ausgangsbelastung stärker von der Behandlung profitieren. Bisher wurde

in Wirksamkeitsstudien selten die Interaktion aus der Ausprägung des Erfolgsmaßes vor Behandlungsbeginn und der Behandlung untersucht. Unter einer Ressourcen- bzw. Kapitalisierungsperspektive wäre es jedoch auch vielversprechend, Moderatoreffekte dergestalt zu untersuchen, dass Angehörige, die relevante Stärken und Potentiale für die jeweilige Behandlung mitbringen, auch stärker von dieser profitieren können. Flückiger et al. (2017) haben im Zusammenhang mit der Ressourcenorientierung als Interventionsleitbild auf die Bedeutung hingewiesen, die der selektiven und adaptiven Indikation sowie der Responsiveness im kontextuellen Interventionsmodell zukommt (siehe 3.2). Studie 1 hat bezüglich der differentiellen Wirksamkeit in Abhängigkeit der Ressourcen vor Therapiebeginn erste interessante Einsichten geliefert: Während sich für die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und Stressbewältigung vor Beginn der Therapie keine Moderatoreffekte fanden, gab es eine marginal signifikante Interaktion aus der Realisierung von Ressourcen für soziale Unterstützung vor der Therapie und der Behandlung. Die Effekte von Tele.TAnDem auf die Realisierung von Ressourcen für soziale Unterstützung nach der Therapie fielen größer aus, je mehr soziale Ressourcen Angehörige bereits vor der Therapie nutzten. Dieses Ergebnis ließe sich so interpretieren, dass es wirksamer zu sein scheint, auf vorhandene Ressourcen zu fokussieren und deren Realisierung weiter zu fördern statt fehlende Ressourcen aufzubauen (siehe 6.1.4). Durch Moderatoranalysen ließen sich in zukünftigen Untersuchungen wichtige Einsichten gewinnen, für welche Angehörigen mit welchen Charakteristiken welche Interventionen wirksamer bzw. weniger wirksam sind.

Zum Argument von Zarit und Femia (2008) einer geringen statistischen Power zur Identifikation von Behandlungseffekten aufgrund eines großen Anteils an Teilnehmer\*innen mit geringem Veränderungsspielraum gilt es zudem das Folgende einschränkend zu bedenken: Gerade bei der Ressourcenrealisierung und Lebensqualität handelt es sich um Zielvariablen, die auch das positive Spektrum des menschlichen Erlebens und Funktionierens abdecken, sodass es auch für Angehörige Spielraum für Veränderungen geben sollte, die keine besonders starken oder klinisch ausgeprägten Belastungen aufweisen. Aus den Reihen der positiven Psychologie wird in diesem Zusammenhang gefordert, Interventionen mit einem größeren „Anwendungsbereich“ zu untersuchen,

die es Menschen auch ermöglichen, aufzublühen und optimaleres Wohlbefinden zu erreichen.<sup>4</sup> Allerdings müssten Fragebögen dann auch im oberen Bereich des latenten Merkmals (z.B. Ressourcenrealisierung, Lebensqualität) eine hohe Diskriminierungsfähigkeit aufweisen, wie sie mit der Item-Response-Theorie (IRT) untersucht werden könnte. Mir sind keine IRT-Untersuchungen des Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung insgesamt und keine zum WHO-QoL-BREF für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz bekannt. Untersuchungen an Stichproben, die nicht aus pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz bestanden, aus anderen Kulturkreisen weisen jedoch darauf hin, dass negativ formulierte Items des WHO-QoL-BREF, die inhaltlich in eine ungesunde und unzufriedene Richtung weisen und zur Auswertung umkodiert werden müssen, schlechter diskriminieren können (Lin & Yao, 2009) und dass der Fragebogen eher im unteren bis moderaten Bereich von Lebensqualität gut diskriminiert (Vahedi, 2010). Diese Ergebnisse werfen die Frage auf, ob der Fragebogen nicht auch unter pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz schlechter im positiven Spektrum diskriminieren kann, wodurch auch methodische Limitationen der Fragebögen die eher kleinen Effektstärken erklären könnten. Es besteht ein Bedarf an der Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften und der Weiterentwicklung von Fragebögen in der Forschung zu pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, insbesondere hinsichtlich der Erfassung „positiver“ Outcomes (Stansfeld et al., 2017). Im Abschnitt zu den weiterführenden Untersuchungen wird u.a. auch auf die Weiterentwicklung des „The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia“ eingegangen (siehe 8.1).

Der Vorschlag von Zarit und Femia (2008), die Wahl der relevanten Zielvariablen an den persönlichen Behandlungszielen der Angehörigen auszurichten, ist im Rahmen von randomisiert-kontrollierten Studien schwer umzusetzen, da vorab die Erfolgsmaße festgelegt und sowohl in der

---

<sup>4</sup> Auf die diesbezügliche umfassende Relevanz der Ressourcenorientierung weisen Wilz, Risch et al. (2017) wie folgt hin: „Alle Personen – inklusive der psychisch belasteten – *haben* Ressourcen; andererseits *müssen* Ressourcen auch von allen Personen – inklusive der ‚Gesunden‘ – beständig zu einer (weiterhin) angemessenen Anpassung an die Erfordernisse der Umwelt aufgebaut bzw. ausgebaut und optimiert werden“ (S. 14, Hervorhebung im Original). Da Ressourcenorientierung transdiagnostisch, d.h. problem- und störungsübergreifend eingesetzt werden kann, bezeichnen Willutzki und Teismann (2013) sie als „Basisstrategie“ (S. 39).

Interventions- als auch der Kontrollgruppe wiederholt erhoben werden. Allerdings wurde die Relevanz individueller Behandlungsziele in den Tele.TAnDem-Therapien berücksichtigt, indem in den ersten Sitzungen eine individuelle Problemanalyse, Zielformulierung und –auswahl sowie Festlegung von Zielkriterien erfolgte. Zudem wurde die individuelle Zielerreichung mittels Goal Attainment Scaling zum Ende der Therapie erfasst (siehe 5.4.2.4) (Wilz, Weise, et al., 2018). In weiterführenden Untersuchungen könnten die erhobenen Therapieziele thematisch kategorisiert und deren Erreichung in Subgruppenanalysen mit Prozessmaßen wie den behandelten Themen und den angewandten Interventionstechniken in Relation gesetzt werden. Auf diese Weise wäre es möglich der Frage nachzugehen, hinsichtlich welcher Therapieziele sich Tele.TAnDem als besonders wirksam erweist und welches therapeutische Vorgehen sich dafür bewährt sowie, umgekehrt, ob es Bedürfnisse von Angehörigen in Bezug auf eine Therapie gibt, die im Rahmen der Tele.TAnDem-Therapien noch nicht genügend berücksichtigt wurden, so dass für diese Subgruppe von Angehörigen Tele.TAnDem möglicherweise weniger effektiv war. Über die Mitberücksichtigung der persönlichen Therapieziele und deren Erreichung ließen sich auch spannende Einblicke in die Langzeitwirkung von Tele.TAnDem (z.B. auf die Lebensqualität) gewinnen. Da es in den Studien 1 und 2 keine Follow-Up-Effekte gab, soll die fehlende durchschnittliche Langzeitwirkung im nächsten Abschnitt diskutiert werden.

#### **7.4 Diskussion der fehlenden Follow-Up-Effekte**

Die Effekte von Tele.TAnDem auf die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und Stressbewältigung sowie auf die physische, psychologische und globale Lebensqualität hielten nicht bis 6 Monate nach Therapieende an. Das Fehlen von Follow-Up-Effekten ist ein häufiges Ergebnis in der Forschung zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (Pinquart & Sörensen, 2006). Aufgrund der progressiven und degenerativen Erkrankung verändern sich laufend die Anforderungen an die pflegenden Angehörigen und damit womöglich auch die Themen und Belastungen. Es ist gut möglich, dass sich die individuellen Problembereiche der pflegenden Angehörigen im Laufe der Zeit verändern, sodass die in der Therapie bearbeiteten Themen 6 Monate später nicht mehr dieselbe Relevanz haben und womöglich andere Themen in den Vordergrund treten. Eine Erklärung für die fehlenden Follow-Up-Effekte könnte sein, dass 12 Therapiesitzungen nicht ausreichen, um beständigere Veränderungen zu erzielen bzw. um den pflegenden Angehörigen eine

Übertragung des in der Therapie Erarbeiteten und Erlernten auf andere Themen zu ermöglichen. Eine Möglichkeit, Behandlungseffekte nach Ende der Therapie aufrechtzuerhalten, sind sog. Booster-Sitzungen, durch die das Erarbeitete „aufgefrischt“ werden kann und die Therapeut\*innen die Angehörigen unterstützen können, das Erarbeitete nach der Therapie auch weiterhin um- bzw. einzusetzen (Losada et al., 2015). Allerdings gilt es noch zu untersuchen, ob eine höhere Anzahl an Sitzungen während der Therapiephase oder nachgeschaltete Booster-Sitzungen hilfreicher sind (Moore et al., 2013).

Viele der Überlegungen zu den „kleinen“ Effektstärken zum Post-Messzeitpunkt lassen sich auf die fehlenden Follow-Up-Effekte übertragen. So würde die Erforschung von Wirkmechanismen auch wichtige Ansatzpunkte liefern, um langfristige Behandlungseffekte zu stärken. Dass es kaum Untersuchungen zu Langzeiteffekten von Behandlungen 6 Monate nach der Behandlung und darüber hinaus gibt, könnte ein Ausdruck davon sein, dass solche Langzeiteffekte gar nicht erwartet werden, dass solche Untersuchungen aufwändiger sind oder aber, dass sich im Pflegeverlauf viele Veränderungen ergeben, die im Zuge von längsschnittlichen Untersuchungen über einen mehrjährigen Zeitraum berücksichtigt werden müssten. Der Einbezug des Pflegestatus (regulär Zuhause pflegend, Mensch mit Demenz verstorben oder Mensch mit Demenz im Pflegeheim untergebracht) in Studie 2 stellte den Versuch dar, eine Variable einzubeziehen, die sich in früheren Untersuchungen als wichtige Kovariate herausstellte (Meichsner & Wilz, 2018; Wilz, Meichsner, et al., 2017). Es stellt eine wichtige Fragestellung für weiterführende Untersuchungen dar, relevante Kovariaten und Moderatorvariablen in der Untersuchung von Langzeiteffekten zu identifizieren.

### **7.5 Relevanz und Einordnung der Ergebnisse von Studie 3**

Studie 3 ergänzt den bisher eher geringen Wissensstand zu Wirkmechanismen von Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Sie stellt nach meinem Wissen die erste Untersuchung dar, in der parallel die Reduktion negativer Erfahrungen und die Förderung positiver Erfahrungen als Mediatoren der Effekte einer Intervention für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz auf ein Outcome überprüft wurden, das Behandlungserfolg nicht nur als die Abwesenheit negativer Aspekte erfasst. Die Ergebnisse zeigen, dass die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden die Effekte von Tele.TAnDem auf die globale, psychologische und physische Lebensqualität vermittelt und dass die Realisierung von Ressourcen für

Stressbewältigung die Effekte von Tele.TAnDem auf die globale und physische Lebensqualität mediert. Dass die indirekten Effekte *beider* Mediatoren für zwei der drei Domänen der Lebensqualität (global, physisch) signifikant waren, weist darauf hin, dass die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und die Realisierung von Ressourcen für Stressbewältigung die Behandlungseffekte auf die globale und physische Lebensqualität jeweils eigenständig, d.h. über den anderen Mediator hinaus erklären. Daraus lässt sich schließen, dass die Aktivierung von Ressourcen aus beiden Bereichen wirksamer für die Förderung der Lebensqualität ist als nur auf Ressourcen aus einem der beiden Bereiche zu fokussieren. Damit bestätigen die Ergebnisse von Studie 3 die Bedeutung eines komplementären Fokus auf positive und negative, angenehme und belastende Aspekte im Sinne von Zwei-Prozess-Modellen (siehe 2.2). Dass sich die Effekte dabei jedoch über die Realisierung von *Ressourcen* vermitteln, zeigt, dass sich über einen Fokus auf Stärken sowohl positive Aspekte fördern als auch negative Aspekte reduzieren lassen. Studie 3 unterstreicht somit die zentrale Bedeutung von Ressourcenaktivierung im Rahmen des konsistenztheoretischen Zwei-Prozess-Modells (siehe 3.1.4).

## **7.6 Limitationen**

In der Bewertung der Ergebnisse der vorliegenden Dissertation gilt es einige Limitationen zu berücksichtigen. Eine erste Limitation betrifft die verwendeten Messinstrumente. So wurde mit The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia (siehe 6.1.2.1) in Tele.TAnDem.Transfer erstmals ein für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz adaptierter Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung verwendet. In ihrer Übersicht zu positiv-psychologischen Outcome-Maßen in der Forschung zu pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz haben Stansfeld et al. (2017) auf den großen Bedarf hingewiesen, aufbauend auf Theorien und Modelle, die der positiven Psychologie enger verbunden sind, neue Instrumente zu entwickeln. Durch ihre konsistenztheoretische Grundlage stellen Ressourcenaktivierung und –realisierung vielversprechende Ansatzpunkte zur Erforschung positiver Aspekte von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz dar, deren Potential bisher nicht genutzt wurde. Aus diesem Grund wurde mit The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia ein neu entwickeltes, aber theoretisch kohärentes und innovatives Maß bereits etablierten und verbreiteten Maßen, die auf anderen Theorien basieren,

vorgezogen. So wurde bereits auf die Kritik des fehlenden bzw. unzureichenden Einbezugs von positiven Konstrukten in den in der Forschung zu pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz vorherrschenden Stress-Coping-Modellen eingegangen (siehe 2.1). Obwohl der adaptierte Fragebogen von einer Expertenarbeitsgruppe bestehend aus kognitiven Verhaltenstherapeutinnen mit Erfahrung in der Therapie mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz und der Durchführung von Tele.TAnDem unter Leitung von Frau Prof. Wilz zusammengestellt wurde und sich als reliabel und valide erwies (Studie 1), gilt es den Anwendungsbereich des Fragebogens auf die Auswertung messfehlerbereinigter latenter Ressourcendimensionen zu erweitern. Auf erste Schritte in der Weiterentwicklung des Fragebogens wird in Abschnitt 8.1 eingegangen.

Der WHO-QoL-BREF wurde von Experten als eines der besten verfügbaren Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz empfohlen (Moniz-Cook et al., 2008). Vorzüge des WHO-QoL-BREF-Fragebogens bestehen in seiner mehrdimensionalen Erfassung von Lebensqualität und dass er darauf abzielt, Lebensqualität im Sinne der umfassenderen Gesundheitsdefinition der WHO zu messen. Allerdings erwiesen sich die internen Konsistenzen für die globale Lebensqualität und die Lebensqualität in der Domäne soziale Beziehungen als nicht zufriedenstellend, was darauf hinweist, dass die manifesten Itemantworten zum Teil mit einem deutlichen Messfehler behaftet sind. In Studie 2 wurden allerdings Latent-Change-Modelle gerechnet, die die Untersuchung von zugrundeliegenden messfehlerbereinigten latenten Konstrukten ermöglichen. Nichtsdestotrotz ist wie bereits angemerkt eine Re-evaluation der psychometrischen Gütekriterien des WHO-QoL-BREF in Stichproben von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz nötig, insbesondere, da bisher wenige Studien die internen Konsistenzen der Subskalen des WHO-QoL-BREF in den Angehörigenstichproben berichtet haben.

Eine weitere Limitation besteht in der Verwendung einer unbehandelten Kontrollgruppe. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass die gefundenen Effekte nicht spezifisch auf die kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention, sondern womöglich auf unspezifische oder allgemeine Aspekte wie Zuwendung und Kontakt zurückzuführen sind. Da es sich bei der Tele.TAnDem.Transfer-Studie um eine Implementierungsstudie handelt, in der die Wirksamkeit der unter praxisnahen Bedingungen durchgeführten Tele.TAnDem-Behandlung zur Verstetigung des Interventionskonzepts in bestehenden Versorgungsstrukturen überprüft werden sollte, wurde der externen Validität der Vorzug vor der internen Validität gegeben. Zudem erscheinen unspezifische



oder allgemeine Aufmerksamkeitseffekte als Erklärung für die Behandlungseffekte unwahrscheinlich, da sich in der Vorgängerstudie zur telefonischen Kurzzeitintervention die TEL-IG als wirksamer erwies als das telefonische Training in PMR mit gleicher Anzahl und Dauer der Sitzungen sowie dem gleichen Abstand zwischen den Sitzungen (siehe 5.4.1; Wilz & Soellner, 2016).

Studie 3 hat die Limitation, dass die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und Stressbewältigung zum Post-Messzeitpunkt als Mediatoren der Behandlungseffekte auf die Lebensqualität zum Post-Messzeitpunkt untersucht wurden. Da die Mediator- und Outcomevariablen zum selben Messzeitpunkt erhoben wurden, können keine kausalen Schlüsse über den Zusammenhang von Ressourcenrealisierung und Lebensqualität gezogen werden. Der Anstieg der Ressourcenrealisierung könnte zu einem Anstieg der Lebensqualität führen. Umgekehrt könnte jedoch auch der Anstieg der Lebensqualität die Effekte von Tele.TAnDem auf die Ressourcenrealisierung medieren oder es könnte reziproke Wechselbeziehungen geben. So könnte argumentiert werden, dass pflegende Angehörige mit höherer Lebensqualität besser in der Lage und dazu bereit sind, häufiger angenehmen Aktivitäten nachzugehen und positiver mit alltäglichem Stress umzugehen. Eine solche Argumentation ließe sich durch den „broaden-and-build“-Effekt von positiven Emotionen begründen (Fredrickson, 2001): Positive Emotionen vergrößern das Gedanken- und Handlungsrepertoire einer Person („broaden“) und fördern dadurch den Aufbau von Ressourcen („build“). Diese Argumentation ist kompatibel mit dem durch Ressourcenaktivierung angestoßenen positiven Rückkopplungsprozess, in dessen Rahmen über die Zeit abhängige Variablen zu unabhängigen Variablen werden. Dennoch könnten zukünftige Untersuchungen in längsschnittlichen Studien solche reziproken und/ oder alternative Zusammenhänge testen.

Obwohl die Studien der vorliegenden Dissertation erste wichtige Erkenntnisse zur Bedeutung von Ressourcenaktivierung in der telefonischen kognitiven Verhaltenstherapie mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz liefern, so gilt es zu berücksichtigen, dass sie in der gewählten Forschungsstrategie dem „Paket-Interventionsmodell“ folgen. Letztlich erlauben die Studien damit lediglich Aussagen über „die Wirksamkeit des Gesamtpakets der ‚Ingredienzen‘ einer Behandlung“ (Flückiger et al., 2017, S. 137). Während die durch die Intervention signifikant erhöhte Ressourcenrealisierung zwar einen proximalen Indikator für erfolgreiche Ressourcenaktivierung darstellt, so könnten auch andere Komponenten für diesen Anstieg verantwortlich sein. Damit weist Studie 3 eine Limitation auf, die ebenfalls den überwiegenden Großteil von Untersuchungen zu

Wirkmechanismen von Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz betrifft: Wirkmechanismen wurden fast ausschließlich aus Prä-Post-Veränderungen geschlossen, die als Mediatoren von Interventionseffekten getestet wurden. Daher besteht ein großer Bedarf an Prozessforschung zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Aufbauend auf die Ergebnisse der Wirksamkeitsuntersuchungen, dass Tele.TAnDem zu einer signifikanten Zunahme der Ressourcenrealisierung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz führt, die wiederum die Effekte der Intervention auf die Lebensqualität vermittelt, gilt es in weiterführenden nächsten Schritten, dem kontextuellen Interventionsmodell folgend das „Wie“ der Ressourcenaktivierung im Therapieprozess mit dem Ziel der Formulierung und Evidenzbasierung von therapeutischen Heuristiken zu untersuchen. Hierzu sollen im folgenden Kapitel Einblicke in sowie Ausblicke auf weiterführende Untersuchungen vorgestellt werden (siehe 8.2).

## **8 Weiterführende Untersuchungen und Ausblick**

Dieses Kapitel soll Einblicke in und Ausblicke auf weiterführende Untersuchungen geben, die sich aus der vorliegenden Dissertation ableiten und an sie anknüpfen. Mit diesem Kapitel verfolge ich das Ziel, kenntlich zu machen und zu würdigen, dass ich die vorliegende Dissertation nicht als Resultat einer abgeschlossenen wissenschaftlichen Auseinandersetzung, sondern als ersten wichtigen Schritt im Rahmen eines fortlaufenden Forschungsprozesses begreife, der sowohl thematische Ausweitungen, Differenzierungen und Vertiefungen beinhaltet bzw. beinhalten soll. Dieses Kapitel stellt auch einen Versuch dar, aus den genannten Limitationen der Studien dieser Dissertation konstruktiv weiterführende Fragestellungen zu entwickeln und diese zu beforschen.

Als erstes werde ich auf die Weiterentwicklung des The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia eingehen. Anschließend werde ich einen Einblick in weiterführende Untersuchungen geben, die im Rahmen von Abschlussarbeiten durchgeführt wurden, die ich betreut und für die ich die Forschungsthemen vergeben habe, und die den wichtigen, oben erwähnten Schritt von der Wirksamkeits- zur Prozessforschung vollziehen. Davon ausgehend gebe ich einen Ausblick auf interessante Forschungsfragen für zukünftige Untersuchungen.

### **8.1 Die Weiterentwicklung von The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia: Vom manifesten Ressourcenscreening zu latenten Ressourcendimensionen**

Um den Anwendungsbereich des Fragebogens „The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia“ (PRUQ-CareDem) vom Screening auf Basis manifester Itemantworten auf die Auswertung latenter Ressourcendimensionen zu erweitern, muss der Fragebogen eine eindeutige Faktorenstruktur aufweisen. Die von Tröskén (2002) gewählte exploratorische Vorgehensweise bei der Erstellung des Originalfragebogens bevorzugt die Augenscheinvalidität und Probandenzentriertheit des Instrumentes zulasten der klaren eindimensionalen Definition der Konstrukte. In explorativen Hauptkomponentenanalysen werden Mehrfachladungen einzelner Items auf unterschiedliche Faktoren zugelassen. Konfirmatorische Faktorenanalysen ermöglichen eine inferenzstatistische Modellgeltungskontrolle und implizieren, dass die Itemantworten eindeutig den theoretischen Dimensionen zugeordnet werden können, d.h.

es werden keine Mehrfachladungen sowie Messfehlerkorrelationen zugelassen. Wenn die Faktorenstruktur eine adäquate Modellpassung aufweist, können die zugrundeliegenden messfehlerbereinigten, latenten Konstrukte anstelle der messfehlerbehafteten Itemantworten verwendet werden, um die Ressourcenrealisierung der befragten Personen zu evaluieren.

Anhand aller zum Prä-Messzeitpunkt für die TEL-IG und KG vorhandenen Daten zum PRUQ-CareDem wird in der weiterführenden Untersuchung pro Ressourcenbereichsskala (second-order factor) mit der Software Mplus (Version 7, Muthén & Muthén, 2012) ein Messmodell – z.T. unter Einbezug der von Tröskén (2002), z.T. der von Töpfer, Sengewald und Wilz (in Vorb.) gefundenen Primärfaktoren (first-order factors) – aufgestellt und mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse hinsichtlich der Modellpassung evaluiert. Im Falle einer ungenügenden Modellpassung werden ausgehend von der konfirmatorischen Überprüfung Items identifiziert, die nicht eindeutig einem Faktor zugeordnet werden können und damit der Modellpassung abträglich sind. Zur Identifikation solcher Items werden die Kriterien der Modellpassung, Modification Indices (Muthén & Muthén, 2012), und die Inhaltsvalidität der Items herangezogen.

Um zu überprüfen, ob die latenten Ressourcendimensionen über Gruppen und Messzeitpunkte hinweg dasselbe messen, wird die Messinvarianz des revidierten Fragebogens über die beiden Gruppen (TEL-IG, KG) und die drei Messzeitpunkte (Prä, Post, Follow-Up) analysiert. Pro PRUQ-CareDem-Skala werden die Items eines Primärfaktors (first-order factor) zu sog. Parcels (Little, 2013) zusammengefasst, die als manifeste Indikatoren des jeweiligen latenten Ressourcenfaktors (Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden, für Stressbewältigung, für Unterstützung) dienen. Messinvarianz wird mit Hilfe von Multi-Gruppen-Modellen getestet.

Die bisherigen, vorläufigen Analyseergebnisse deuten darauf hin, dass sich durch eine Kürzung von Items latente Ressourcendimensionen mit adäquater Modellpassung bilden lassen, die die Voraussetzung der starken Messinvarianz über alle drei Messzeitpunkte und beide Gruppen erfüllen. Bei inhaltlicher Betrachtung der Items, die nicht eindeutig einem Faktor zugeordnet werden können und der Modellpassung abträglich sind, fällt auf, dass in den Ressourcenbereichen viele verschiedene Facetten mit teilweise sehr wenigen Items gemessen werden. Während das Ziel, „eine möglichst überschaubare, aber grundsätzlich vollständige Anzahl von Verhaltensweisen, die zur Bedürfnisbefriedigung genutzt werden, zusammenzutragen“ (Tröskén, 2002, S. 50), ressourcentheoretisch zu befürworten ist und auch von der Expertengruppe, die den PRUQ-CareDem

entwickelte, verfolgt wurde, so resultieren daraus messtheoretische Probleme. Wenn eine inhaltliche Facette mit nur einem Item erfasst wird, lassen sich keine Modelle zur Messung eines zugrundeliegenden latenten Merkmals testen, wofür auch unter Einführung von Restriktionen immer mindestens zwei Items benötigt werden. Essentiell tau-äquivalente Modelle (keine Annahme homogener Fehlervarianzen) lassen sich erst ab 3 Items, tau-kongenerische Messmodelle (keine Fixierung der Pfadgewichte oder Ladungen der Items auf die latente Variable auf 1) ab 4 Items prüfen. Die Revision des PRUQ-CareDem durch das beschriebene Vorgehen würde die Erfassung von messfehlerbereinigten latenten Ressourcendimensionen mit eindeutiger Faktorenstruktur ermöglichen, die auch die Voraussetzung der starken Messinvarianz über drei Messzeitpunkte und zwei Gruppen erfüllen. Durch die unvermeidliche Kürzung von Items im Rahmen des beschriebenen Vorgehens der Revision des PRUQ-CareDem würden jedoch inhaltliche Facetten rausfallen, die von der Expertengruppe als relevante Ressourcen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz identifiziert wurden. Während sich die ursprüngliche Version des PRUQ-CareDem besser für ein umfassenderes und differenzierteres Ressourcenscreening eignet, könnte eine revidierte Fassung strengere messtheoretische Kriterien erfüllen und sich damit für eine Reihe von Anwendungen eignen, die auf der Verwendung von messfehlerbereinigten latenten Variablen basieren (Steyer & Eid, 2001). Ein Ansatzpunkt für die Weiterentwicklung des PRUQ könnte einerseits sein, zu inhaltlichen Facetten, die nur mit einem Item erfasst werden, weitere Items zu entwickeln, um anschließend wie oben beschrieben zu verfahren und Messmodelle aufzustellen, mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse hinsichtlich der Modellpassung zu evaluieren und die Messinvarianz zu testen. Andererseits könnte die revidierte Fassung des PRUQ-CareDem insofern einen guten Ausgangspunkt für die Entwicklung weiterer Items darstellen, als sie zu einer Konkretisierung und Verbesserung der inhaltlichen Interpretierbarkeit der verschiedenen Ressourcenfacetten führt. Aus ressourcentheoretischer Sicht ist die Bandbreite der inhaltlich homogenen Facetten jedoch geringer, so dass der Inhaltsbereich des revidierten Fragebogens noch erweitert werden müsste.

## **8.2 Von der Wirksamkeits- zur Prozessforschung: Ressourcenaktivierung im Prozess der Tele.TAnDem-Therapie**

Wie in Abschnitt 7.6 angemerkt, folgen die Studien der vorliegenden Dissertation in der gewählten Forschungsstrategie dem „Paket-Interventionsmodell“, sodass letztlich keine Aussagen

über den spezifischen Wirkmechanismus der Ressourcenaktivierung, sondern nur über das Gesamtpaket Tele.TAnDem getroffen werden können. Obwohl Ressourcenrealisierung einen proximalen Indikator für erfolgreiche Ressourcenaktivierung darstellt, gilt es aufbauend auf die Ergebnisse der Wirksamkeitsuntersuchungen das „Wie“ der Ressourcenaktivierung im Therapieprozess zu untersuchen. Im Folgenden werden Einblicke in laufende, weiterführende Untersuchungen gegeben, in denen Ressourcenaktivierung im Verlauf der Tele.TAnDem-Intervention genauer betrachtet wurde. In Abschnitt 8.2.1 werden Analysen vorgestellt, für die Daten verwendet wurden, die im Prozess der Therapie mittels Stundenbögen erhoben wurden. Die Untersuchungen wurden von Robin Wester (2018) und Fabian Münch (2018) im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten unter meiner Betreuung durchgeführt und werden aktuell für laufende Publikationsvorhaben weiterverfolgt und vertieft (Töpfer, Münch, & Wilz, in Vorb.; Töpfer, Wester, Steyer, & Wilz, in Vorb.). In Abschnitt 8.2.2 gehe ich auf die Analyse der komplementären Beziehungsgestaltung als Form der ressourcenorientierten Beziehungsgestaltung (siehe 3.1.3) in einer „erfolgreichen“ Tele.TAnDem-Therapiesitzung ein. Die qualitative Analyse wurde von Karlotta Hoppe (2018) im Rahmen ihrer von mir betreuten Abschlussarbeit durchgeführt.

### **8.2.1 Ressourcenaktivierung im Verlauf der Tele.TAnDem-Therapie: Zusammenhänge mit Problemaktualisierung und Ressourcenrealisierung**

Im Folgenden sollen erste Ergebnisse aus laufenden Untersuchungen vorgestellt werden, in denen die im Therapieprozess aus Angehörigen- und Therapeutensicht erhobene Ressourcenaktivierung mit dem Verlauf der Problemaktualisierung im Therapieprozess und der Ressourcenrealisierung nach der Therapie in Verbindung gesetzt wurde. Diese Analysen stellen ein Novum in der Forschung zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz dar. Bisher wurde auf Wirkmechanismen von Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz fast ausschließlich aus Prä-Post-Veränderungen geschlossen, die als Mediatoren von Interventionseffekten getestet wurden. Es besteht somit ein auffallender Mangel an Prozess- und Prozess-Outcome-Forschung zu Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz.

Für die weiterführenden Untersuchungen zur Ressourcenaktivierung im Verlauf der Tele.TAnDem-Intervention wurden Daten verwendet, die im Prozess der Therapie mittels Stundenbögen erhoben wurden. So wurden die Therapeut\*innen und Angehörigen im Rahmen des

Projektes Tele.TAnDem.Transfer gebeten, nach jeder der 12 Therapiesitzungen den Berner Therapeutenstundenbogen (TSTB) bzw. den Berner Patientenstundenbogen (PSTB) auszufüllen (Flückiger, Regli, Zwahlen, Hostettler, & Caspar, 2010). TSTB und PSTB wurden auf Grundlage der allgemeinen bzw. psychologischen Psychotherapie nach Grawe (1998) zur Erfassung von zentralen Wirkprinzipien des Therapieprozesses entwickelt (Flückiger et al., 2010). TSTB und PSTB enthalten dabei auch Skalen zu den vier allgemeinen Wirkfaktoren der Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationalen Klärung und Problembewältigung. Für die weiterführenden Untersuchungen wurden die Skalen zur Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung verwendet. Im TSTB wird Ressourcenaktivierung mit drei Items erhoben („Ich habe heute versucht, Ressourcen der Angehörigen gezielt zu nutzen.“; „Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass die Angehörige auch ihre positiven Seiten erleben kann.“; „Ich habe aktiv versucht, die Angehörige in ihrem positiven Selbst aufzuwerten.“). Die im PSTB mit Ressourcenaktivierung korrespondierende Skala lautet „Selbstwerterfahrungen“ und umfasst drei Items („Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen.“, „Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.“; „Ich spüre, dass mich die Therapeutin wertschätzt.“). Problemaktualisierung wird im TSTB mit 3 Items („Heute habe ich gezielt darauf, hingearbeitet, die Angehörige gefühlsmäßig zu involvieren.“, „Heute habe ich an wunde Punkten der Angehörigen gerührt.“, „Heute habe ich darauf hingewirkt, dass die Angehörige Gefühle erlebt, die sie sonst vermeidet.“) und im PSTB mit 2 Items („Heute war ich gefühlsmäßig stark beteiligt.“, „Was wir heute gemacht haben, ging mir sehr nahe.“) erhoben. Die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden, Stressbewältigung und soziale Unterstützung wurde vor und nach der Therapie mit dem PRUQ-CareDem erfasst (siehe 6.1.2.1).

#### *8.2.1.1 Der Einfluss der über den Therapieprozess gemittelten Ressourcenaktivierung auf die Ressourcenrealisierung nach der Therapie*

Da die Zunahme der Ressourcenrealisierung von der Prä- zur Post-Messung als Indikator für erfolgreiche Ressourcenaktivierung angesehen wurde, gilt es zu überprüfen, ob die über alle 12 Sitzungen gemittelte Ressourcenaktivierung aus Angehörigen- und Therapeutensicht unter Kontrolle der Ressourcenrealisierung zur Prä-Messung signifikant die Ressourcenrealisierung nach der Therapie vorhersagt (Töpfer, Wester, et al., in Vorb.). Die vorläufigen Analyseergebnisse weisen

darauf hin, dass die mittlere, aus Angehörigenperspektive eingeschätzte Ressourcenaktivierung die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden und Unterstützung zur Post-Messung vorhersagt. Je mehr die Angehörigen also im Therapieprozess Selbstwerterfahrungen im Sinne einer wahrgenommenen Ressourcenaktivierung machten, desto häufiger scheinen sie nach der Therapie Ressourcen zu nutzen, um Wohlbefinden und soziale Unterstützung zu erfahren. Ein positiver Zusammenhang von Ressourcenaktivierung und Realisierung von Stressbewältigungsressourcen nach der Therapie scheint auf Angehörige mit niedriger Ressourcenrealisierung vor der Therapie beschränkt zu sein. Wenn Angehörige Ressourcen für die Bewältigung von alltäglichem Stress vor der Therapie nie oder selten realisieren, dann scheinen höhere mittlere Selbstwerterfahrungen der Angehörigen im Laufe der Therapie zu einer höheren Realisierung von Stressbewältigungsressourcen nach der Therapie zu führen, während die Realisierung von Ressourcen zur Stressbewältigung von Angehörigen, die diese Ressourcen vor der Therapie bereits häufiger realisieren, nicht weiter durch eine höhere mittlere wahrgenommene Ressourcenaktivierung gesteigert wird. Vorläufig ließen sich diese Ergebnisse – auch vor dem Hintergrund von Studie 3 – als Hinweis der Bedeutung auslegen, neben der Reduzierung negativer Erfahrungen (Bewältigung von Stress) auch den Auf- und Ausbau positiver Erfahrungen (z.B. Realisierung von Wohlbefinden) zu berücksichtigen, um die Effekte von ressourcenaktivierenden Strategien und Kapitalisierungsstrategien hinsichtlich eines größeren Spektrum des menschlichen Funktionierens und Erlebens zu erforschen: Während die Effekte bezüglich der Reduzierung negativer Erfahrungen „gedeckt“ zu sein scheinen, ist dies für positive Erfahrungen womöglich nicht der Fall. Damit könnten die Ergebnisse auch darauf hinweisen, dass Tele.TAnDem nicht nur pathologisch oder hochbelasteten Angehörigen hilft, Belastungen zu bewältigen, sondern darüber hinaus Angehörigen ermöglicht, „aufzublühen“ und optimaleres Wohlbefinden zu erreichen.

Überraschenderweise scheint die mittlere Ressourcenaktivierung aus Therapeutenperspektive keine Effekte auf die Ressourcenrealisierung der Angehörigen nach der Therapie zu haben. Zum einen wird insbesondere bezüglich der Ressourcen die Bedeutung einer klientenzentrierten Perspektive betont, da nur solche Handlungsmöglichkeiten als Ressourcen wirksam sind, die Personen im Sinne eines Metawissens über ihre Möglichkeiten selbst wahrnehmen und positiv bewerten (Willutzki, 2008). Vor diesem Hintergrund wäre die von den Angehörigen wahrgenommene Ressourcenaktivierung entscheidender als die Einschätzung der Therapeut\*innen



bezüglich ihres Einsatzes von Ressourcenaktivierung. Zum anderen erwiesen sich auch in anderen Untersuchungen die Patienteneinschätzungen der Wirkmechanismen als bessere Prädiktoren des Therapieoutcomes als die Therapeuteneinschätzung (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Mander et al., 2013).

#### *8.2.1.2 Die Analyse des Verlaufs der Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung mittels piecewise latent trajectory models*

Da Therapien mehrere Sitzungen umfassen und verschiedene Phasen durchlaufen, ist für die konkrete Ausgestaltung der Ressourcenaktivierung als therapeutische Heuristik die Erforschung des zeitlichen Verlaufs und des Timings von erfolgreicher Ressourcenaktivierung bedeutsam (Flückiger et al. 2017). Flückiger et al. (2017) haben vor diesem Hintergrund für die Verwendung von Mehrebenenmodellen als innovative statistische Auswertungsmethode argumentiert. Im Folgenden gebe ich Einblicke in Untersuchungen, in denen die Ressourcenaktivierung unter Verwendung von latenten Mehrgeradenmodellen (piecewise latent trajectory models, LTM) über den in drei Phasen eingeteilten Therapieprozess von Tele.TAnDem hinweg analysiert und mit dem Verlauf der Problemaktualisierung und der Ressourcenrealisierung nach der Therapie in Verbindung gesetzt wurde.

Aus folgenden Gründen scheint eine Einteilung der Tele.TAnDem-Intervention in drei Phasen sinnvoll: In Tele.TAnDem.Transfer wurden die 12 Sitzungen in drei Phasen mit unterschiedlichem zeitlichen Abstand zwischen den Sitzungen durchgeführt. So fanden die ersten vier Sitzungen im wöchentlichen, die folgenden sechs Sitzungen im zweiwöchigen und die letzten beiden Sitzungen im monatlichen Abstand statt. Zudem haben Howard, Lueger, Maling und Martinovich (1993) in ihrem Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung drei aufeinander folgende Phasen beschrieben (Remoralisierung, Remediation, Rehabilitation).

Robin Wester (2018) und Fabian Münch (2018) haben daher piecewise LTM aufgestellt, in denen für jede der drei Therapiephasen ein linearer Steigungskoeffizient angenommen wurde, der den Verlauf der Ressourcenaktivierung in dieser Therapiephase beschreibt (three-piece LTM). Dem konsistenztheoretischen Zwei-Prozess-Modell zufolge, das in Abschnitt 3.1.4 zusammengefasst wurde, entfaltet sich die Wirkung von Psychotherapie neben der Ressourcenaktivierung über die Problembearbeitung. Wie Grawe (1995) zusammenfassend zum allgemeinen Wirkfaktor der

Problemaktualisierung schreibt: „Was verändert werden soll, muss in der Therapie real erlebt werden. Oder: ‚Reden ist Silber, real erfahren ist Gold‘“ (S. 136). Um den Wirkmechanismus der Ressourcenaktivierung besser zu verstehen, scheint es sinnvoll, ihn gemeinsam mit der Problemaktualisierung zu betrachten. Daher wurde die Problemaktualisierung zusätzlicher zur Ressourcenaktivierung in die three-piece LTM aufgenommen. Die three-piece LTM weisen zwei Level auf: die zwölf Messungen der Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung auf Level 1 und die Angehörigen auf Level 2. Die Gleichung auf Level 1 setzt sich zusammen aus dem Intercept  $\alpha$ , der das Ausmaß der eingeschätzten Ressourcenaktivierung bzw. Problemaktualisierung in der ersten Sitzung angibt, drei Steigungskoeffizienten, die das Wachstum von der ersten bis zur vierten Sitzung ( $\beta_1$ ), von der fünften bis zur zehnten Sitzung ( $\beta_2$ ) und von der elften bis zur zwölften Sitzung ( $\beta_3$ ) repräsentieren sowie einem Residuum  $\epsilon$ . Auf Level 2 stellt  $\eta$  eine Funktion des Mittelwertes aller Angehörigen ( $\mu_\eta$ ) und der individuellen Abweichung von dem Mittelwert ( $\zeta$ ) dar.

In die unkonditionalen Modelle wurden im nächsten Schritt die Realisierung von Ressourcen für Wohlbefinden, Bewältigung von alltäglichem Stress und soziale Unterstützung zur Prä- und Post-Messung in das Modell aufgenommen (Töpfer, Wester et al., in Vorb.), um zu untersuchen, ob die Wachstumsparameter der Ressourcenaktivierung die Ressourcenrealisierung nach der Therapie unter Kontrolle der Ressourcenrealisierung vor der Therapie vorhersagen können. Damit sollte Aufschluss darüber gewonnen werden, in welcher Therapiephase eine ausgeprägte Ressourcenaktivierung besonders wirksam für die Förderung der Ressourcenrealisierung nach der Therapie ist. Für die Angehörigen- und Therapeutenperspektive wurden jeweils separate Modelle gerechnet.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Ressourcenaktivierung durchgängig in höherem Ausmaß als Problemaktualisierung von den Therapeut\*innen angewandt und von den Angehörigen wahrgenommen wurde. Während Ressourcenaktivierung zum Beginn und zum Ende der Therapie am stärksten anstieg, nahm Problemaktualisierung in der mittleren Phase am stärksten zu und in der letzten Phase ab. Diese deskriptiven Ergebnisse zum Therapieverlauf korrespondieren mit Ergebnissen zum Verlauf von Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung in erfolgreichen Therapiesitzungen, in denen Ressourcenaktivierung in der ersten Phase stark ausgeprägt war und anschließend eine stärkere Problemaktualisierung erfolgte, die gegen Ende der Sitzung abnahm (Gassmann & Grawe, 2006). Patient\*innen nahmen dabei in erfolgreichen Sitzungen ihre Ressourcen

durchgängig stärker war als ihre Probleme. Der Verlauf von Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung über die 12 Tele.TAnDem-Sitzungen wird auch durch die Forschung zu adaptiven Verfahrensregeln zur Abstimmung der problem- und ressourcenorientierten Wirkmechanismen in verschiedenen Phasen der Therapie (Smith & Grawe, 2005) sowie das Phasenmodell von Psychotherapie (Howard et al., 1993) gestützt. Das Ergebnis der weiterführenden Untersuchung, dass das Ausmaß der Ressourcenaktivierung zum Beginn der Tele.TAnDem-Therapie prädiktiv für die Ressourcenrealisierung nach der Therapie zu sein scheint, lässt sich vor dem Hintergrund der Überlegungen von Howard et al. (1993) zur Remoralisierungsphase als erste Phase der psychotherapeutischen Veränderung verstehen, in der die Verbesserung des Wohlbefindens im Fokus steht. Sie weisen darauf hin, wie schnell eine solche Verbesserung des Wohlbefindens schon durch kleinere Interventionen zum Beginn der Therapie eintritt, durch die Hoffnung und bestehende Coping-Ressourcen mobilisiert werden. Auch Smith und Grawe (2005) betonen die Bedeutung von Ressourcenaktivierung zum Beginn der Therapie als Voraussetzung dafür, dass Patient\*innen die Wahrnehmung machen, die nötigen Fähigkeiten und Fertigkeiten für die in der Remediationsphase anstehende Problembearbeitung zu besitzen. Dazu passend steigt die Problemaktualisierung in der mittleren Phase von Tele.TAnDem an. Dass in der letzten Phase die Ressourcenaktivierung nochmals verstärkt auftritt, wohingegen die Problemaktualisierung sinkt, passt zu den Ergebnissen von Smith und Grawe (2005), dass Sitzungen in der letzten Therapiephase erfolgreich verlaufen, wenn sich die Therapeut\*innen von einem Problemfokus abwandten und die Ressourcen der Patient\*innen und die erzielten Veränderungen zur Förderung der Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit hervorhoben.

Insgesamt liefern die weiterführenden Untersuchungen erste wichtige Erkenntnisse zur Veränderung der Ressourcenaktivierung im Verlauf des Therapieprozesses und wie diese Veränderungen mit Problemaktualisierung im Therapieprozess und der Ressourcenrealisierung nach der Therapie zusammenhängen. Obwohl sich der Verlauf der Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung in vielerlei Hinsicht mit Ergebnissen zum Verlauf von erfolgreichen Sitzungen in unterschiedlichen Therapiephasen zu decken scheint (Gassmann & Grawe, 2006; Smith & Grawe, 2005), so wurden bisher mit Ausnahme des Einbezugs der Ressourcenrealisierung nach der Therapie als Outcome deskriptive Analysen durchgeführt. Die deskriptiven Analysen aus der Angehörigen- und Therapeutenperspektive sprechen dafür, dass im Sinne der Adhärenz ein positiver Therapieprozess

hinsichtlich der Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung gestaltet wurde. Es erscheint vielversprechend, an diese Analysen anzuknüpfen und noch stärker erfolgreiche mit erfolglosen Verläufen zu vergleichen. In diesem Zuge wäre es möglich, auch Daten zur Adhärenz und Kompetenz der Durchführung von Ressourcenaktivierung miteinzubeziehen, die durch externe Beurteiler mittels einer neu entwickelten Adhärenzskala und einer Adaption der Cognitive Therapy Scale erfasst wurden (Schinköthe & Wilz, 2014; Wilz & Soellner, 2016).

### **8.2.2 Qualitative Analyse der komplementären Beziehungsgestaltung in einer „erfolgreichen“ Sitzung**

Zur Ableitung von therapeutischen Heuristiken für die konkrete Ausgestaltung von erfolgreicher Ressourcenaktivierung sind neben der quantitativen Prozess- und Prozess-Outcome-Forschung, die mittels Wachstumskurvenmodellen eine Betrachtung der interindividuellen Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen ermöglicht, qualitative Forschungsansätze notwendig, welche die Feinheiten der Ressourcenaktivierung auf dyadisch-therapeutischer Ebene in der Interaktions- und Beziehungsgestaltung der beiden am Prozessgeschehen Beteiligten analysiert. Diesen Feinheiten ist Karlotta Hoppe (2018) in einer von mir betreuten Abschlussarbeit am Beispiel einer detaillierten Untersuchung einer „erfolgreichen“ Tele.TAnDem-Therapiesitzung nachgegangen. Die erfolgreiche Sitzung wurde anhand der beiden Skalen zur Ressourcenaktivierung und zum Sitzungsfortschritt aus dem TSTB und PSTB ausgewählt. Durch ein Rangbildungsverfahren erhielt jede Sitzung einen Rangwert auf den vier Skalen (Ressourcenaktivierung TSTB, Ressourcenaktivierung PSTB, Sitzungsfortschritt TSTB, Sitzungsfortschritt PSTB). Es wurde die Sitzung für die qualitative Analyse ausgewählt, die für alle vier Skalen zusammengekommen den höchsten Rangwert aufwies, d.h. nach den genannten Kriterien die erfolgreichste Sitzung darstellt. Es handelt sich um die vierte Therapiesitzung aus der Therapie einer 56-jährigen pflegenden Tochter, die ihre an Demenz erkrankte Mutter pflegt.

Ein erstes interessantes Ergebnis der Analyse der „erfolgreichen“ Sitzung war, dass weniger inhaltliche ressourcenaktivierende Strategien in der Sitzung zur Anwendung kamen als vermutet. Bei genauerem Blick schien in der Sitzung die prozessuale Ressourcenaktivierung (siehe 3.1.2.1) in Form der komplementären Beziehungsgestaltung (siehe 3.1.3 und 5.3.2) die vorherrschende Strategie zum Aufbau eines positiven therapeutischen Kontextes darzustellen, die aus diesem Grund

im Weiteren genauer untersucht wurde. Die Analyse lieferte Hinweise darauf, dass vor allem die von Sachse (2016) postulierten Beziehungsmotive nach Wichtigkeit, Solidarität und Anerkennung eine wichtige Rolle im Verlauf der Sitzung spielten. Einerseits wiesen Aussagen der Angehörigen im Verlauf der Sitzung auf negative Beziehungserfahrungen bezüglich dieser Motive hin, andererseits zeigte sich die Relevanz der Motive im komplementären Verhalten der Therapeutin. Die zentralen, zu den Motiven der pflegenden Angehörigen komplementären Strategien waren das aufmerksame Zuhören und Interesse zeigen (Wichtigkeit), die Konfrontation und die Unterstützung in der Lösungsgenerierung (Solidarität), die Wertschätzung und das Zutrauen in die Änderungskompetenz (Anerkennung).

Das Vorgehen der Therapeutin hinsichtlich des Motivs nach Wichtigkeit schien dabei dem folgenden Muster zu folgen: Die Angehörige weist durch Aussagen darauf hin, dass das Motiv nach Wichtigkeit ungesättigt ist. Die Therapeutin verdeutlicht, dass das für die Angehörige wichtige Motiv ungesättigt ist und sättigt es daraufhin in der therapeutischen Beziehung mittels komplementärer Beziehungsgestaltung. Insbesondere im Zusammenhang mit den vermutlich für viele pflegende Angehörige wichtigen Themen der Selbstfürsorge und Belastungsgrenzen signalisierte die Therapeutin, dass ihr das Wohlergehen der Angehörigen am Herzen liegt.

Das zum Beziehungsmotiv nach Solidarität komplementäre Verhalten der Therapeutin lässt sich in der Sitzung in zwei Phasen aufteilen: Im ersten Teil der Sitzung fördert die Therapeutin vor allem die Problemeinsicht, von der sie im zweiten Teil der Sitzung zu einer Lösungsorientierung übergeht. Durch Verbalisierung und Paraphrasierung führt sie der Angehörigen ihre Probleme und das Ausmaß der damit verbundenen Belastung vor Augen. Die Therapeutin wird dabei zunehmend konfrontativer. Nach Sachse (2016) zählt zur therapeutischen Komplementarität zum Beziehungsmotiv nach Solidarität, die Patient\*innen auch mit unangenehmen Wahrheiten und Konsequenzen ihres Handelns zu konfrontieren. In der zweiten Hälfte der Sitzung beginnt die Therapeutin, mit der Angehörigen Lösungen für ihre Probleme zu erarbeiten. Indem sie auch selbst Vorschläge einbringt, zeigt sie der Angehörigen, dass sie sie nicht alleine lässt, sondern in der Planung und Umsetzung von Lösungsmöglichkeiten unterstützen will. Die Therapeutin würdigt dabei auch bisherige Fortschritte und Erfolgserlebnisse der Angehörigen.

Die Relevanz des Beziehungsmotivs nach Anerkennung wird in der Sitzung dadurch deutlich, dass die Angehörige wiederholt hervorhebt, wie viel sie leistet. Es entsteht der Eindruck, dass sich

die Angehörige von der Therapeutin die Anerkennung wünscht, die sie von ihrem Ehemann vermisst. Das komplementäre Verhalten der Therapeutin zeichnet sich dadurch aus, dass sie die Leistungen der Angehörigen wahrnimmt und wertschätzt sowie anerkennt, dass ihre Probleme zwar nicht einfach zu lösen sind, sie jedoch Zutrauen in die Änderungskompetenz der Angehörigen hat.

In weiterführenden Untersuchungen gilt es die Bedeutung von Beziehungsmotiven und der dazu komplementären therapeutischen Beziehungsgestaltung in weiteren Tele.TAnDem-Sitzungen aus unterschiedlichen Therapiephasen und unterschiedlichen Therapeut\*in-Patient\*in-Dyaden zu analysieren. Dies ist deshalb wichtig, da komplementäre Beziehungsgestaltung als Form von Responsiveness ein adaptives therapeutisches Vorgehen erfordert, dass über Situationen, Sitzungen und Patient\*innen hinweg erheblich schwanken kann (Caspar & Grosse Holtforth, 2009).

Es wäre zudem spannend, weiter zu untersuchen, ob bestimmte Beziehungsschemata wie „Keiner nimmt sich Zeit“ (Wichtigkeit), „Keiner hört einem zu“ (Wichtigkeit) oder „Man kann sich nur auf sich selbst verlassen“ (Anerkennung) bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz aufgrund charakteristischer Belastungsfaktoren womöglich häufiger aktiviert sind. So klagen viele pflegende Angehörige über soziale Isolation und einen Rückzug des sozialen Umfelds und suchen Anerkennung für ihren Einsatz, die ihnen die Gepflegten häufig nicht mehr zeigen können, ersatzweise bei anderen (siehe 1.3 und 5.3.2). Für die oben genannten, möglicherweise in besonderer Weise bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz aktivierten Schemata wäre eine differenzierte Erforschung kompetenten, komplementären Verhaltens hilfreich, das weder mögliches Problemverhalten der pflegenden Angehörigen durch positive Reaktionen verstärkt noch pflegende Angehörige durch mangelnde Resonanz zu einem „Mehr-Desselben“ verleitet.

Es gilt auch zu prüfen, ob sich eine Beobachtung in der Analyse der Sitzung auch für andere Behandlungen als relevant erweist: So ging die Belastung der pflegenden Angehörigen über konkrete pflegebezogene Themen hinaus und bezog sich in der Sitzung insbesondere auf Beziehungsprobleme mit dem Ehemann. Die mit der Demenzpflege einhergehenden Herausforderungen schienen in der Beziehungsdynamik zwischen der Angehörigen und ihrem Ehemann ungesättigte Beziehungsmotive aufgedeckt, verstärkt bzw. re-aktualisiert zu haben, die womöglich schon zuvor bestanden, aber eher unschwellig eine Rolle spielten. Sollte diese Beobachtung auf andere Sitzungen und Therapien zutreffen, würde dies für Therapeut\*innen bedeuten, die durch die beanspruchende Demenzpflege re-aktualisierten Beziehungswünsche und –

konflikte im Kontakt mit wichtigen Bezugspersonen wie der Ehepartnerin bzw. dem Ehepartner oder der gepflegten Person mit Demenz, die sich als ungesättigte Beziehungsmotive in der Therapiebeziehung manifestieren werden, hinsichtlich der Implikationen für die komplementäre Beziehungsgestaltung zu reflektieren. Zum Beispiel erhoffen sich pflegende Angehörige oft unbewusst durch die Pflege doch noch etwas von der gepflegten Person zu bekommen, was sie bisher vermisst haben (Wilz et al., 2015). Da den Patient\*innen viele ihrer Beziehungsmotive und –strategien nicht bewusst sein werden und sich daher auch nicht in den besprochenen Therapiezielen niederschlagen, gilt es für Therapeut\*innen, sich genügend Raum zu lassen, um sich diese im Sinne der Plananalyse hypothetisch zu erschließen und zwischen positiven und adaptiven Motiven, denen gegenüber sich Therapeut\*innen unmittelbar positiv und komplementär verhalten können, und Problemverhalten, das einen günstigen Therapieverlauf einschränken würde, zu differenzieren (Caspar & Grosse Holtforth, 2009). Es kann ein zentrales, implizites Therapieziel sein, für problematische Beziehungsstrategien im Hinaufgehen in der Planhierarchie die Ebene zu finden, auf der sie unproblematisch werden, um die Motive auf dieser Ebene durch komplementäre Beziehungsgestaltung zu sättigen, so dass der Patient sein Problemverhalten aufgeben kann (gewissermaßen als Voraussetzung, um sich anderen Therapiezielen widmen zu können) (Caspar & Grosse Holtforth, 2009). So erwidert in der analysierten Sitzung die Therapeutin zum Beispiel das Lachen der Angehörigen bei Aussagen nicht, die eher Gefühle von Enttäuschung und Ärger vermuten lassen würden. Das Lachen könnte ein Ausdruck des Schemas „Mein Gegenüber nimmt mich und Gefühle nicht ernst“ sein und die Therapeutin unbewusst dazu bewegen, mitzulachen und damit das negative Schema zu bestätigen. Indem die Therapeutin nicht mitlacht, sich durch aufmerksames Zuhören und das Signalisieren von Interesse jedoch komplementär zu dem Beziehungsmotiv nach Wichtigkeit verhält, kann die Angehörige die Erfahrung machen, dass sie ernst genommen wird, was es ihr im Verlauf der Sitzung ermöglicht, die hinter dem Lachen liegenden Gefühle zu erleben und auszudrücken.

Wenn sich die Bedeutung der komplementären Beziehungsgestaltung für den „Erfolg“ der Ressourcenaktivierung in weiteren qualitativen Untersuchungen bestätigen würde, hätte dies wichtige Implikationen für die Gestaltung der Ressourcenorientierung in Therapien. Ein Vorteil von sog. Strukturinterventionen wie der Erstellung eines ressourcenorientierten Lebenspanoramas oder Wunderfragen und Zielvisionen (Flückiger & Wüsten, 2014; Willutzki & Teismann, 2013), die in den

meisten Psychotherapie-Curricula gut integriert sind, besteht darin, dass „Therapeuten konkrete Interventionsanweisungen zur Hand bekommen dazu, wie sie Therapiestunden ressourcenorientiert strukturieren können“ (Flückiger et al., 2017, S. 137). Die Individualisierung einer Therapie (siehe 5.1.3), wie sie in der komplementären Beziehungsgestaltung angestrebt wird, geht über den allgemeineren Rahmen eines Therapiemanuals hinaus und stellt Herausforderungen an die Erforschung und Vermittlung von therapeutischen Heuristiken. So stellen Stucki und Grawe (2007) hinsichtlich der motivorientierten Beziehungsgestaltung fest: „Es hat sich gezeigt, dass Therapeuten zwar häufig gut über das Konzept Bescheid wissen, in der Bedürfnis- und Motivorientierten Diagnostik und dem konkreten Beziehungsverhalten aber unsicher sind“ (S. 19). Während motivationale Ziele durch die Plananalyse (Caspar, 2018) oder den Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) erschlossen werden können, gestaltet sich die Erfassung von komplementärer Beziehungsgestaltung „deutlich aufwändiger als die alleinige quantitative Einschätzung eines einfachen Merkmals“ (Caspar & Grosse Holtforth, 2009, S. 67). In einer der wenigen Untersuchungen zum Zusammenhang von motivorientierter Beziehungsgestaltung und dem Behandlungserfolg fanden Caspar, Grossmann, Unmüssig und Schramm (2005) in einer Studie mit 22 depressiven Patient\*innen, dass ein höheres Maß an Komplementarität mit niedrigerer Symptombelastung und Depressivität nach stationärer interpersoneller Psychotherapie zusammenhing. Die Erfassung der Komplementarität erfolgt dabei jedoch lediglich mit einem einzigen 7-stufigen Item (vollständig antikomplementär, vollständig komplementär). Mit der ressourcenorientierten Mikroprozess-Analyse (ROMA) haben Flückiger und Grosse Holtforth (2008b) ein Instrument zur verhaltensnahen Operationalisierung von Ressourceneinheiten (Verhaltensmarker) vorgestellt, das eine differenzierte Darstellung von Kapitalisierungsstrategien hinsichtlich der Verlaufsmuster und sowohl des „Was-“ als auch des „Wie-Machens“ ermöglicht. Langfristig erscheint es mir erstrebenswert, auch Instrumente zur Mikroprozess-Analyse der komplementären Beziehungsgestaltung als zentrale therapeutische Heuristik zur Herstellung eines positiven therapeutischen Kontextes zu entwickeln oder bestehende Instrumente wie ROMA um Einheiten zur Kodierung der komplementären Beziehungsgestaltung zu ergänzen. Ein solches Kodierinstrument könnte nicht nur in der Prozessforschung, sondern auch in der Praxis, in Schulungen von Therapeut\*innen oder Supervisionen gewinnbringend eingesetzt werden.



## 9 Klinische Implikationen

Zusammengefasst weist die vorliegende Dissertation auf die Bedeutung hin, problem- und störungsbezogene Interventionsheuristiken in der Therapie mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz um ressourcenaktivierende und Kapitalisierungsstrategien zu ergänzen. Therapeut\*innen sollten sich demnach nicht nur darauf konzentrieren, negative Aspekte wie individuelle Vulnerabilitäten und Defizite zu reduzieren, sondern sollten auch gezielt das aus den vorhandenen Stärken, Kompetenzen und Fertigkeiten bestehende psychosoziale Ressourcenkapital der pflegenden Angehörigen aufgreifen und nutzen. Der Aktivierung und Realisierung von Ressourcen, die Angehörigen helfen, ihren täglichen Stress zu bewältigen und Wohlbefinden zu erfahren, kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Wenn pflegende Angehörige den Eindruck haben, dass ihre Ressourcen zur Bewältigung von alltäglichem Stress ausreichen, werden sie die oftmals erheblichen physischen, psychologischen, emotionalen und sozialen Auswirkungen der Pflege subjektiv als weniger belastend erleben. Die Aktivierung von Ressourcen für Wohlbefinden kann dem Risiko entgegenwirken, dass pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz aufgrund der starken Eingebundenheit in die Pflege auf Selbstfürsorge und ausgleichende Aktivitäten verzichten, und kann ihnen *außerhalb* der Pflegerolle, in der sich viele „gefangen“ fühlen, positive Erfahrungen ermöglichen. Sowohl Ressourcen für Wohlbefinden als auch für Stressbewältigung zu (re-)aktivieren fördert den Ergebnissen der Dissertation zufolge die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz in größerem Maße als sich auf die Aktivierung von Ressourcen aus einem der beiden Bereiche zu beschränken. Dass sich die Effekte von Tele.TAnDem auf die Lebensqualität über die Realisierung von *Ressourcen* vermitteln, spricht dafür, dass sich über den Fokus auf Stärken sowohl negative Erfahrungen wie Stress reduzieren als auch positive Erfahrungen des Wohlbefindens fördern lassen. Damit unterstreicht die Dissertation die zentrale Bedeutung der Ressourcenaktivierung im Rahmen des konsistenztheoretischen Zwei-Prozess-Modells zur umfassenden Förderung der Lebensqualität.

## 10 Literaturverzeichnis

- Alzheimer's Disease International (2018). World Alzheimer Report 2018. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf>
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego, CA, US: Academic Press.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL- BREF. Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51(6), 1173–1182.
- Belle, S. H. (2006). Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups. *Annals of Internal Medicine*, 145(10), 727–738.
- Bertrand, R. M., Fredman, L., & Saczynski, J. (2006). Are all caregivers created equal? Stress in caregivers to adults with and without dementia. *Journal of Aging and Health*, 18(4), 534–551.
- Brodaty, H., & Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 946–953.
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228.
- Brunner, J. (2016). Ressourcenorientierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 61(3), 255–270.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018). Wegweiser Demenz. Retrieved from <https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege.html>
- Carbonneau, H., Caron, C., & Desrosiers, J. (2010). Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia. *Dementia*, 9(3), 327–353.
- Caspar, F. (2018). *Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (4., überarb. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Caspar, F., & Grosse Holtforth, M. (2009). Responsiveness – Eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(1), 61–69.
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüssig, C., & Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects.

- Psychotherapy Research*, 15(1–2), 91–102.
- Cheavens, J. S., Strunk, D. R., Lazarus, S. A., & Goldstein, L. A. (2012). The compensation and capitalization models: A test of two approaches to individualizing the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 50(11), 699–706.
- Cheng, S.-T., Fung, H. H., Chan, W. C., & Lam, L. C. W. (2016). Short-term effects of a gain-focused reappraisal intervention for dementia caregivers: A double-blind cluster-randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 740–750.
- Chien, W. T., & Lee, I. Y. M. (2011). Randomized controlled trial of a dementia care programme for families of home-resided older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 774–787.
- Coon, D. W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K., & Gallagher-Thompson, D. (2003). Anger and depression management: Psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist*, 43(5), 678–689.
- Cooper, C., Balamurali, T. B. S., Selwood, A., & Livingston, G. (2007). A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 181–188.
- Crellin, N. E., Orrell, M., McDermott, O., Charlesworth, G., Crellin, N. E., Orrell, M., ... Charlesworth, G. (2014). Self-efficacy and health-related quality of life in family carers of people with dementia: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 18(8), 954–969.
- Deppe-Schmitz, U., Deubner-Böhme, M., Lindenmeyer, J., & Schulz, W. (2009). Ressourcenrealisierung und Therapieerfolg von alkoholabhängigen Patienten. Bericht über eine katamnestische Studie. *SUCHT*, 55(3), 155–163.
- Deubner-Böhme, M., Deppe-Schmitz, U., Lindenmeyer, J., & Schulz, W. (2011). Ressourcenrealisierung und Psychotherapieerfolg von Psychosomatikpatienten – Bericht über eine katamnestische Studie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 32(2), 160–177.
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *The American Psychologist*, 67(8), 590–597.
- Farran, C. J. (1997). Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: Stress/adaptation and existentialism. *The Gerontologist*, 37(2), 250–256.

- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19(2), 213–223.
- Flückiger, C., Forrer, L., Schnider, B., Bättig, I., Bodenmann, G., & Zinbarg, R. E. (2016). A single-blinded, randomized clinical trial of how to implement an evidence-based treatment for generalized anxiety disorder [IMPLEMENT] – Effects of three different strategies of implementation. *EBioMedicine*, 3, 163–171.
- Flückiger, C., Frischknecht, E., Wüsten, G., & Lutz, W. (2008). Ressourcenpriming. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(1), 61–68.
- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008a). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 876–890.
- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008b). Ressourcenorientierte Mikroprozess-Analyse (ROMA). Ressourcendiagnostik und Ressourcenaktivierung im Therapieprozess. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1(2), 171–185.
- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2011). Ressourcenaktivierung und motivorientierte Beziehungsgestaltung: Bedürfnisbefriedigung in der Psychotherapie. In R. Frank (Ed.), *Therapieziel Wohlbefinden* (pp. 33–42). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Flückiger, C., Held, J., Wolfer, C., Allemand, M., & Visla, A. (2017). Ressourcenorientierung als Interventionsleitbild. *Psychotherapeut*, 62(2), 136–142.
- Flückiger, C., & Kosfelder, J. (2010). Ressourcenaktivierung: Kapitalisierung in der Psychotherapie. In W. Lutz (Ed.), *Lehrbuch Psychotherapie* (pp. 357–375). Bern: Huber.
- Flückiger, C., & Regli, D. (2007). Die Berner Ressourcen-Taskforce: Ein Praxis-Forschungs-Netzwerk zur Erkundung erfolgreicher Wirkfaktor-Muster. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 39(2), 307–320.
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(2), 71–79.
- Flückiger, C., & Studer, R. (2009). Die Berner Ressourcen-Taskforce – Ressourcenaktivierung und Problembearbeitung unter der Lupe. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 41(3), 569–578.

- Flückiger, C., & Wüsten, G. (2014). *Ressourcenaktivierung: Ein Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung* (2., aktual. und erg. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Flückiger, C., Zinbarg, R. E., Znoj, H., & Ackert, M. (2014). Resource activation in generalized anxiety—An observer-based microprocess analysis of patients' in-session outcomes. *Psychotherapy*, 51(4), 535–545.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226.
- Gallagher-Thompson, D., Tzuang, Y. M., Au, A., Brodaty, H., Charlesworth, G., Gupta, R., ... Shyu, Y.-I. (2012). International perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers: A review. *Clinical Gerontologist*, 35, 316–355.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2004). Die Messung intrapersonaler Ressourcen im Therapieprozess: Ergebnisse der Mikroprozessanalyse KMP. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 36(1), 63–72.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(1), 1–11.
- Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., Sullivan, M. P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., ... Crutch, S. (2016). A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatrics*, 16(1), 1–8.
- Gottlieb, B. H., & Wolfe, J. (2002). Coping with family caregiving to persons with dementia: A critical review. *Aging & Mental Health*, 6(4), 325–342.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1–19.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). Eine konsistenztheoretische Interpretation des dualen Therapiemodells. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks, & U. Willutzki (Eds.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (pp. 281–305). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung - Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Groß, L. J., Stemmler, M., & de Zwaan, M. (2012). Ressourcenaktivierung in der klinischen

- Psychologie und Psychotherapie: Überblick über theoretische Hintergründe und aktuelle Forschungsansätze. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 80(8), 431–440.
- Groß, L. J., Stemmler, M., Erim, Y., & de Zwaan, M. (2014). Ressourcenaktivierung und Therapieerfolg in der (teil)stationären Psychosomatik. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 65(03/04), 104–111.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002). *FAMOS - Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2004). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 36(1), 9–21.
- Haug, S., Gabriel, C., Flückiger, C., & Kordy, H. (2009). Ressourcenaktivierung bei Patienten. *Psychotherapeut*, 55(2), 128–135.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- Heidenreich, T., & Michalak, J. (2013). *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie: Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Hopkinson, M. D., Reavell, J., Lane, D. A., & Mallikarjun, P. (2018). Cognitive behavioral therapy for depression, anxiety, and stress in caregivers of dementia patients: A systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist*. doi: 10.1093/geront/gnx217
- Hoppe, K. (2018). *Ressourcenaktivierung und komplementäre Beziehungsgestaltung in der Therapie von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz: Eine qualitative Analyse einer "erfolgreichen" Therapiesitzung*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 678–685.
- Joling, K. J., van Marwijk, H. W. J., Veldhuijzen, A. E., van der Horst, H. E., Scheltens, P., Smit, F., & van Hout, H. P. J. (2015). The two-year incidence of depression and anxiety disorders in spousal caregivers of persons with dementia: Who is at the greatest risk? *The American*

- Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 293–303.
- Judge, K. S., Yarry, S. J., & Orsulic-Jeras, S. (2010). Acceptability and feasibility results of a strength-based skills training program for dementia caregiving dyads. *Gerontologist*, 50(3), 408–417.
- Kaluza, G. (2015). *Stressbewältigung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Keyes, C. L. M., Fredrickson, B. L., & Park, N. (2012). Positive psychology and the quality of life. In K. Land, A. Michalos, & M. Sirgy (Eds.), *Handbook of social indicators and quality of life research* (pp. 99–112). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Kneebone, I. I., & Martin, P. R. (2003). Coping and caregivers of people with dementia. *British Journal of Health Psychology*, 8(1), 1–17.
- Kramer, B. J. (1997). Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *The Gerontologist*, 37(2), 239–249.
- Kunzler, A., Skoluda, N., & Nater, U. (2018). Die Bedeutung von Resilienzfaktoren für pflegende Angehörige von Demenzpatienten – Eine Übersicht zu ausgewählten Faktoren. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 68(1), 10–21.
- Kurz, A., Freter, H.-J., Saxl, S., & Nickel, E. (2018). *Demenz. Das Wichtigste - Ein kompakter Ratgeber* (6. Aufl.). Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz.
- Kurz, A., & Wilz, G. (2011). Die Belastungen pflegender Angehöriger bei Demenz: Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. *Der Nervenarzt*, 82(3), 336–342.
- Lawton, M. P., Moss, M., Kleban, M. H., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46(4), 181–189.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Li, R., Cooper, C., Barber, J., Rapaport, P., Griffin, M., & Livingston, G. (2014). Coping strategies as mediators of the effect of the START (strategies for Relatives) intervention on psychological morbidity for family carers of people with dementia in a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 168, 298–305.
- Lin, T. H., & Yao, G. (2009). Evaluating item discrimination power of WHOQOL-BREF from an item response model perspectives. *Social Indicators Research*, 91(2), 141–153.
- Little, P. T. D. (2013). *Longitudinal structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Livingston, G., Barber, J., Rapaport, P., Knapp, M., Griffin, M., King, D., ... Cooper, C. (2013). Clinical

- effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: Pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 347, f6276.
- Livingston, G., Barber, J., Rapaport, P., Knapp, M., Griffin, M., King, D., ... Cooper, C. (2014). Long-term clinical and cost-effectiveness of psychological intervention for family carers of people with dementia: A single-blind, randomised, controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 539–548.
- Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Rasmussen, H. N. (2003). Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. (pp. 3–20). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Losada, A., Márquez-González, M., & Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: Effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(11), 1119–1127.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 760–772.
- Lovell, B., & Wetherell, M. A. (2011). The cost of caregiving: Endocrine and immune implications in elderly and non elderly caregivers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(6), 1342–1352.
- Mander, J. V., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 105–116.
- Márquez-González, M., Losada, A., Izal, M., Pérez-Rojo, G., & Montorio, I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. *Aging & Mental Health*, 11(6), 616–625.
- Mausbach, B. T., Patterson, T. L., & Grant, I. (2008). Is depression in Alzheimer's caregivers really



- due to activity restriction? A preliminary mediational test of the Activity Restriction Model. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 459–466.
- Mausbach, B. T., Patterson, T. L., Rabinowitz, Y. G., Grant, I., & Schulz, R. (2007). Depression and distress predict time to cardiovascular disease in dementia caregivers. *Health Psychology*, 26(5), 539–544.
- Meichsner, F., & Wilz, G. (2018). Dementia caregivers' coping with pre-death grief: Effects of a CBT-based intervention. *Aging & Mental Health*, 22(2), 218–225.
- Mittelman, M. S., Roth, D. L., Clay, O. J., & Haley, W. E. (2007). Preserving health of Alzheimer caregivers: Impact of a spouse caregiver intervention. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(9), 780–789.
- Mittelman, M. S., Roth, D. L., Coon, D. W., & Haley, W. E. (2004). Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 161(5), 850–856.
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, R., Verhey, F., Chattat, R., De Vugt, M., ... Orrell, M. (2008). A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging & Mental Health*, 12(1), 14–29.
- Moore, R. C., Chattillion, E. A., Ceglowski, J., Ho, J., von Känel, R., Mills, P. J., ... Mausbach, B. T. (2013). A randomized clinical trial of behavioral activation (BA) therapy for improving psychological and physical health in dementia caregivers: Results of the pleasant events program (PEP). *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 623–632.
- Münch, F. (2018). *Allgemeine psychotherapeutische Wirkfaktoren in einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz: Latente Wachstumskurvenanalysen von Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2012). *Mplus user's guide* (7th ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Myers, J. E., & Sweeney, T. J. (2014). *Five factor wellness inventory manual*. Menlo Park, CA: Mindgarden.
- Nolan, M. R., Grant, G., & Keady, J. (1996). *Understanding family care: A multidimensional model of caring and coping*. Buckingham: Open University Press.

- Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G., & Sourtzi, P. (2011). Caring and coping: The dementia caregivers. *Aging and Mental Health*, 15(6), 702–711.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: A meta-analytic comparison. *Aging and Mental Health*, 8(5), 438–449.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577–595.
- Rapp, S. R., & Chao, D. (2000). Appraisals of strain and of gain: Effects on psychological wellbeing of caregivers of dementia patients. *Aging & Mental Health*, 4(2), 142–147.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., DeLeon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139, 1136–1139.
- Robert Koch Institut (2015). Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? In *Gesundheit in Deutschland* (pp. 432–455). Retrieved from [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09\\_gesundheit\\_in\\_deutschland.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.html)
- Rodriguez-Sanchez, E., Patino-Alonso, M. C., Mora-Simón, S., Gómez-Marcos, M. A., Pérez-Peñaranda, A., Losada-Baltar, A., & García-Ortiz, L. (2013). Effects of a psychological intervention in a primary health care center for caregivers of dependent relatives: A randomized trial. *Gerontologist*, 53(3), 397–406.
- Roth, D. L., Mittelman, M. S., Clay, O. J., Madan, A., & Haley, W. E. (2005). Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer’s disease. *Psychology and Aging*, 20(4), 634–644.
- Sachse, R. (2016). *Therapeutische Beziehungsgestaltung* (2., aktual. und erg. Aufl.). Göttingen:

Hogrefe.

- Schinköthe, D., Altmann, U., & Wilz, G. (2015). The effects of treatment adherence and treatment-specific therapeutic competencies on outcome and goal attainment in telephone-based therapy with caregivers of people with dementia. *Aging and Mental Health*, 19(9), 808–817.
- Schinköthe, D., & Wilz, G. (2014). The assessment of treatment integrity in a cognitive behavioral telephone intervention study with dementia caregivers. *Clinical Gerontologist*, 37(3), 211–234.
- Schmied, E., & Grawe, K. (2013). Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für therapeutische Veränderungen. In J. Schaller & H. Schemmel (Eds.), *Ressourcen – Ein Hand- und Lesebuch zur psychotherapeutischen Arbeit* (2., aktual. und erg. Aufl., pp. 165–178). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Schulte, D. (1998). *Therapieplanung* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schüz, B., Czerniawski, A., Davie, N., Miller, L., Quinn, M. G., King, C., ... Scott, J. L. (2015). Leisure time activities and mental health in informal dementia caregivers. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(2), 230–248.
- Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C., & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, 101(1–3), 75–89.
- Smith, E. C., & Grawe, K. (2003a). Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für therapeutische Veränderung. In H. Schemmel & J. Schaller (Eds.), *Ressourcen – Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (pp. 111–122). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Smith, E. C., & Grawe, K. (2003b). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 285(10), 275–285.
- Smith, E. C., & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanisms work when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 123(12), 112–123.
- Smith, E. C., Regli, D., & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie wehtut - Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 31, 227–251.
- Stansfeld, J., Stoner, C. R., Wenborn, J., Vernooij-Dassen, M., Moniz-Cook, E., & Orrell, M. (2017).

- Positive psychology outcome measures for family caregivers of people living with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 29(8), 1281–1296.
- Steyer, R., & Eid, M. (2001). *Messen und Testen*. Berlin: Springer.
- Stoltz, P., Uden, G., & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home - A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 111–119.
- Strauß, B., & Willutzki, U. (2018). *Psychotherapeutische Dialoge: Was wirkt in der Psychotherapie? Bernhard Strauß und Ulrike Willutzki im Gespräch mit Uwe Britten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stucki, C., & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. *Psychotherapeut*, 52(1), 16–23.
- Suhr, M., Risch, A. K., & Wilz, G. (2017). Maintaining mental health through positive writing: Effects of a resource diary on depression and emotion regulation. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12), 1586–1598.
- Töpfer, N. F., Foster, J. L. H., & Wilz, G. (2014). 'The good mother and her clinging child': Patterns of anchoring in social representations of dementia caregiving. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 24(3), 234–248.
- Töpfer, N. F., Kuntz, B., Risch, A. K., & Wilz, G. (2018). *Ressourcenaktivierendes Schreiben vor Beginn einer Psychotherapie: Evaluation der Wirksamkeit des Ressourcentagebuchs*. Poster presented at 36. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Landau, Germany.
- Töpfer, N. F., Münch, F., & Wilz, G. (in Vorb.). *Analyzing the interplay between resource activation and problem actuation in the process of CBT for family caregivers of people with dementia: Findings from piecewise latent trajectory models*.
- Töpfer, N. F., Sengewald, M.-A., & Wilz, G. (in Vorb.). *Vom Ressourcenscreening zu latenten Ressourcendimensionen: Evaluation und Revision des Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung*.
- Töpfer, N. F., Wester, R., Steyer, R., & Wilz, G. (in Vorb.). *Resource activation as a general change mechanism in CBT for family caregivers of people with dementia: Findings from process-outcome analyses*.

- Trösken, A. (2002). *Das Berner Ressourceninventar. Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Bern.
- Trösken, A., & Grawe, K. (2003). Das Berner Ressourceninventar - Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst- und Fremdbeurteilungsperspektive. In H. Schemmel & J. Schaller (Eds.), *Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (pp. 195–215). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Vahedi, S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of their item response theory properties based on the graded responses model. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(4), 140–153.
- Vernooij-Dassen, M., Draskovic, I., McCleery, J., & Downs, M. (2011). Cognitive reframing for carers of people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD005318.
- Wester, R. (2018). *Latente Wachstumskurvenanalysen der Ressourcenaktivierung in einer telefonischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Wetzstein, M., Rommel, A., & Lange, C. (2015). Pflegende Angehörige - Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE Kompakt*, 6(3). Retrieved from [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=21301](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=21301)
- Willutzki, U. (2008). Ressourcendiagnostik in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. *Diagnostik und Evaluation*, 1, 126–145.
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C., & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(1), 42–50.
- Willutzki, U., & Teismann, T. (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Willutzki, U., Teismann, T., & Schulte, D. (2011). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Veränderungen des Wohlbefindens bei kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert-ressourcenorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und*

- Psychotherapie*, 40(1), 53–58.
- Wilz, G., Adler, C., & Gunzelmann, T. (2001). *Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken: Ein therapeutischer Leitfaden*. Göttingen: Hogrefe.
- Wilz, G., & Barskova, T. (2007). Evaluation of a cognitive behavioral group intervention program for spouses of stroke patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2508–2517.
- Wilz, G., Meichsner, F., & Soellner, R. (2017). Are psychotherapeutic effects on family caregivers of people with dementia sustainable? Two-year long-term effects of a telephone-based cognitive behavioral intervention. *Aging & Mental Health*, 21(7), 774–781.
- Wilz, G., Reder, M., Meichsner, F., & Soellner, R. (2018). The Tele.TAnDem intervention: Telephone-based CBT for family caregivers of people with dementia. *The Gerontologist*, 58(2), e118–e129.
- Wilz, G., Risch, A. K., & Töpfer, N. F. (2017). *Das Ressourcentagebuch*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wilz, G., Schinköthe, D., & Kalytta, T. (2015). *Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Das Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm*. Göttingen: Hogrefe.
- Wilz, G., & Soellner, R. (2016). Evaluation of a short-term telephone-based cognitive behavioral intervention for dementia family caregivers. *Clinical Gerontologist*, 39(1), 25–47.
- Wilz, G., Weise, L., Reiter, C., Reder, M., Machmer, A., & Soellner, R. (2018). Intervention helps family caregivers of people with dementia attain own therapy goals. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(5), 301–308.
- World Health Organization (2014). Constitution of the World Health Organization. In *Basic Documents* (48th Edition). Geneva, Switzerland: WHO Press.
- Yarry, S. J., Judge, K. S., & Orsulic-Jeras, S. (2010). Applying a strength-based intervention for dyads with mild to moderate memory loss: Two case examples. *Dementia*, 9(4), 549–557.
- Zarit, S. H., & Femia, E. E. (2008). A future for family care and dementia intervention research? Challenges and strategies. *Aging & Mental Health*, 12(1), 5–13.
- Zarit, S. H., Femia, E. E., Kim, K., & Whitlatch, C. J. (2010). The structure of risk factors and outcomes for family caregivers: Implications for assessment and treatment. *Aging & Mental Health*, 14(2), 220–231.
- Zauszniewski, J. A. (2006). Resourcefulness: A new mid-range theory. In J. J. Fitzpatrick & M.

Wallace (Eds.), *Encyclopedia of nursing research* (pp. 256–258). New York: Springer.

Zhao, X., Lynch, J. G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197–206.





**Studie 1:**

**Tele.TAnDem Increases the Psychosocial Resource Utilization  
of Dementia Caregivers**

Publikationsstatus:

Das Manuskript ist in *GeroPsych – The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* veröffentlicht.

Online veröffentlicht: 21.11.2018

Vollständige Literaturangabe:

Töpfer, N. F., & Wilz, G. (2018). Tele.TAnDem increases the psychosocial resource utilization of dementia caregivers. *GeroPsych*, 31(4), 173–183. doi: 10.1024/1662-9647/a000197



# Tele.TAnDem Increases the Psychosocial Resource Utilization of Dementia Caregivers

Nils F. Töpfer and Gabriele Wilz

Department of Counseling and Clinical Intervention, Institute of Psychology, Friedrich-Schiller-University Jena, Germany

**Abstract.** Tele.TAnDem is a telephone-based cognitive-behavioral therapy (CBT) intervention for dementia caregivers which incorporates resource activation as a superordinate heuristic. We investigated whether Tele.TAnDem increased the utilization of psychosocial resources in dementia caregivers. To this end, 273 dementia caregivers were randomly assigned to receive the Tele.TAnDem intervention ( $n = 139$ ) or usual care ( $n = 134$ ). Compared to the control group, at posttest caregivers in the intervention group had utilized more resources related to well-being and coping with daily hassles. Treatment effects on the utilization of resources related to social support were only marginally significantly greater at posttest for caregivers with higher baseline resource utilization. Treatment effects were not maintained at 6-month follow-up. Results indicate that Tele.TAnDem can successfully activate the psychosocial resources of dementia caregivers.

**Keywords:** dementia, caregivers, intervention, cognitive-behavioral therapy, resource activation

## Introduction

Every three seconds someone around the globe develops dementia (Alzheimer's Disease International, 2015). Dementia currently affects 46.8 million people worldwide, and because of increasing life expectancy, the numbers are expected to almost double every 20 years. Family members are the primary care providers for people with dementia in all world regions (Alzheimer's Disease International, 2015). Given the numerous challenges involved in caring for someone with dementia, family caregivers are considered the "hidden victims" of dementia (Zarit, Orr, & Zarit, 1985). Indeed, caregiving leads to a wide range of physical, psychological, emotional, social, and financial consequences, for which the term *caregiver burden* has been coined (George & Gwyther, 1986). According to a meta-analysis (Pinquart & Sörensen, 2003), dementia caregivers experience more depression and stress as well as worse general subjective well-being, physical health, and self-efficacy than either noncaregivers or caregivers of physically frail elderly people. However, dementia caregivers differ in the degree to which they experience negative outcomes; despite the difficulties they encounter, many also endorse the positive value of caregiving (Balducci et al., 2008). There is now a growing interest in the determining factors of the positive aspects of caregiving that may buffer the impact of burden and maintain or improve the health and quality of life of dementia caregivers (Carbonneau, Caron, & Desrosiers, 2010). *Strengths and resources* have been used as umbrella terms for bringing together

and integrating the different disparate lines of research on positive constructs.

So far, however, only few studies have investigated the effectiveness of various interventions designed to foster the strengths and resources of caregivers. This study therefore examines the extent to which a strength-based cognitive-behavioral therapy (CBT) intervention successfully activates psychosocial resources of dementia caregivers. We use the term *psychosocial resources* to emphasize and clarify the distinction of our focus on intrapersonal psychological resources as well as interpersonal social resources from the prevalent use of resources referring to financial resources, sources of information (e.g., print materials, the Internet), and formal support services (e.g., respite services). Accordingly, by *resource utilization*, we mean the degree to which individuals utilize their psychosocial resources.

## Strength-Based Approaches for Supporting Dementia Caregivers

The literature on the strengths and psychosocial resources of dementia caregivers draws on a number of different theoretical frameworks, concepts, and definitions. Primarily guided by the *transactional model of coping* (Lazarus & Folkman, 1984), several studies have identified the coping resources of caregivers as a protective factor. Major limitations include the questionable interpretability of the evidence, the limited ability to in-

form clinical practice, the theoretical incoherence of many studies, and the predominant reliance on cross-sectional designs (Gottlieb & Wolfe, 2002; Kneebone & Martin, 2003). Evidence nevertheless suggests that caregivers who apply problem-focused coping strategies as well as those who indicate higher acceptance and more social-emotional support have better psychological outcomes, whereas caregivers who engage in wishful thinking, denial, and avoidance have worse psychological outcomes (Gilhooly et al., 2016). Likewise, interventions that teach caregivers appropriate coping strategies appear to effectively improve the psychological health of family caregivers of people with dementia (Selwood, Johnston, Katona, Lyketsos, & Livingston, 2007). However, the vast majority of studies on coping-based interventions have been based on general indicators of mental health such as burden, depression, and well-being, but rarely on outcomes specific to coping (Gilhooly et al., 2016; Selwood et al., 2007).

Another theoretical framework focused on the strengths of dementia caregivers is the *invisible self model* (IS-WEL; Myers & Sweeney, 2014), which has been used in wellness-based counseling to mobilize the strengths of dementia caregivers, improve their coping abilities, and enhance their overall well-being. So far, however, research on the IS-WEL model has been limited to a case vignette demonstrating the application of the IS-WEL model for treatment planning and wellness counseling (Clarke, Adams, Wilkerson, & Shaw, 2016).

Other strength-based interventions have been guided by the *acquiring new skills while enhancing remaining strengths model* (ANSWERS; Judge, Yarry, & Orsulic-Jeras, 2010; Yarry, Judge, & Orsulic-Jeras, 2010). Once again, however, with the exception of case examples illustrating the approach (Yarry et al., 2010) and an investigation of the acceptability and feasibility of an ANSWERS-based intervention (Judge et al., 2010), it is currently unknown whether caregiver interventions based on the ANSWERS model effectively improve the psychological outcomes of caregivers.

A theory that has begun to inform research on dementia caregivers is Zauszniewski's *middle range theory of resourcefulness* (Zauszniewski, 2006). In a cross-sectional study of dementia caregivers, personal and social resourcefulness were each positively associated with psychological well-being (Bekhet, 2015). Based on his results, the author called for the development of resourcefulness interventions to enhance the psychological well-being of dementia caregivers. A pilot trial supported the fidelity of a resourcefulness intervention for dementia caregivers using a journal or voice recorder (Zauszniewski, Lekhak, Burant, Underwood, & Morris, 2016). However, the effectiveness of the resourcefulness training has yet to be examined.

In sum, although the importance of fostering the strengths and resources of dementia caregivers has been widely recognized, to date there has been little empirical research on the effectiveness of theoretically coherent, strength-based interventions for dementia caregivers. We therefore developed a CBT-

based intervention for dementia caregivers which explicitly incorporated Grawe's (1997) concept of resource activation.

## Resource Activation: A Research-Based General Change Mechanism of Psychotherapy

Based on his review of psychotherapy research, Grawe (1997) identified *resource activation* as one of four general change mechanisms of psychotherapy, and "the alpha and omega of effective therapy" (p. 6). Resource activation entails focusing on the healthy aspects of patients' functioning (i.e., their resources) and thereby helping patients to experience feelings of self-efficacy. By making patients more aware of their resources, therapeutic interventions based on resource activation can initiate a positive upward spiral that ultimately helps patients achieve their motivational goals.

According to Grawe's (2004) consistency theory, human behavior is geared toward satisfying four basic psychological needs: attachment, orientation and control, pleasure/pain avoidance, and self-enhancement, along with the superordinate need for consistency between numerous parallel and simultaneous mental processes. In order to fulfil their psychological needs, people develop *motivational goals*. In parallel, people also develop resources as means for achieving their motivational goals. The degree to which individuals utilize their resources is called resource utilization. *Congruence* refers to the compatibility of activated motivational goals and perceptions of reality. That is, congruence is not achieved through satisfying basic needs directly but via accomplishing motivational goals as the individual operationalizations of these needs. The aim of resource activation is to increase congruence – first, by raising patients' awareness of their resources and motivational goals and, second, by increasing their resource utilization for achieving the motivational goals. Thus, successful resource activation should be reflected in increased utilization of psychosocial resources related to motivational goals.

Many studies have demonstrated that activating patients' resources leads to positive therapeutic outcomes. For example, the degree of resource activation distinguishes productive from unproductive psychotherapy sessions as well as successful from unsuccessful therapies (Gassmann & Grawe, 2006; Smith & Grawe, 2003). Flückiger and Grosse Holtforth (2008) used a brief priming procedure to experimentally manipulate therapists' focus on resource activation at the beginning of psychotherapy. Based on a comparison with a pairwise-matched control group, the results of the study indicated that the priming procedure increased resource activation as well as heightening the therapeutic alliance and patients' mastery experiences, and it led to better early therapy outcomes. Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth, and Willutzki (2009) evaluated two different integrative CBT treatments incorporating resource-activating strategies as a superordinate heuristic. They provided evidence

that therapists administering the resource-activating treatments focused significantly more on patient competencies and goals than did therapists administering control interventions.

Despite evidence that activating patients' resources is key to effective therapeutic interventions, the effectiveness of resource-activating interventions in the context of dementia caregiving has not yet been investigated. To our knowledge, the Tele.TAnDem intervention is the first manualized CBT intervention for dementia caregivers which explicitly incorporates resource-activating strategies (Wilz, Schinköthe, & Kalytta, 2015).

## Current Study: Resource Activation in the Tele.TAnDem Intervention

The current study investigates the extent to which the Tele.TAnDem intervention increased the utilization of psychosocial resources by dementia caregivers as a key indicator of successful resource activation. We hypothesized that caregivers in the intervention group would report utilizing significantly more psychosocial resources at posttest and at follow-up relative to caregivers in the control group.

## Methods

The current study was based on data from a randomized controlled trial with in-home family caregivers of persons with dementia in Germany (Wilz, Reder, Meichsner, & Soellner, 2018). The primary research objective was to evaluate whether telephone-based CBT implemented in established care provision structures improved the physical and mental health of caregivers relative to usual care (for the study protocol, see Soellner, Reder, Machmer, Holle, & Wilz, 2015).

## Sample

A total of  $N = 273$  caregivers were recruited nationwide via newspapers, cooperating institutions, and a project homepage. To be eligible for participation, caregivers had to be the primary care provider of a person diagnosed with at least low-grade dementia. Caregivers planning to institutionalize the person with dementia within the next 6 months and caregivers receiving ongoing psychotherapeutic treatment or with severe physical, mental, or psychiatric impairments were excluded. Ethical approval was obtained from the Ethics Commission of the Friedrich-Schiller-University Jena, and all participants gave written informed consent.

## Procedure

Assessments were conducted at baseline (pretest), at the end of the 6-month intervention period (posttest), and again 6 months after the intervention (follow-up). For all assessments, a survey technique was used in order to account for the mostly elderly study population and to reduce the risk of missing data or dropout. Participants were contacted by phone, and an appointment for a telephone interview was made for about 2 weeks later. The questionnaires were sent to the participants, who were asked to fill them out as completely as possible. In the telephone interview, comprehension difficulties were discussed, unanswered questions were clarified by the interviewer and subsequently answered by participants, and the questionnaires were reviewed for completeness. After the telephone interview, participants were requested to return the questionnaires in an enclosed stamped return envelope.

As part of the assessments, all study participants completed questionnaires about their demographic characteristics and their utilization of psychosocial resources. After the baseline assessment, participants were randomly assigned to receive either the Tele.TAnDem intervention ( $n = 139$ ) or usual care ( $n = 134$ ). Participants in the control group received written information materials on dementia and caregiving. They were allowed to use any support available to them. To enhance compliance and reduce the risk of dropout, control group participants were promised 40 EUR as financial compensation after completion of the study. We decided to compare the Tele.TAnDem intervention to usual care rather than to an active control group as we wanted to evaluate the effectiveness of the intervention in existing health care provision structures, thus emphasizing external over internal validity. In a previous efficacy trial, Tele.TAnDem has already proved superior to an attention control group which received progressive muscle relaxation (Wilz & Soellner, 2016).

## Intervention

Caregivers in the intervention group received the Tele.TAnDem intervention (Wilz et al., 2015). The intervention consisted of 12 50-minute individual therapy sessions delivered via telephone over the course of 6 months, with the first four sessions delivered weekly, six further sessions delivered biweekly, and the two last sessions delivered monthly. Clinical psychologists who had either completed or nearly finished a CBT training program conducted the therapy sessions. They worked in the service context of the Alzheimer's Association or a university outpatient clinic. All therapists received training with regard to dementia, dementia care, and the Tele.TAnDem manual and were regularly supervised (for more details, see Wilz et al., 2018).

The intervention manual consists of ten therapy modules: 1) basic elements (e.g., establishing therapeutic alliance), 2) prob-

**Table 1.** Examples of resource-activating questions from the Tele.TAnDem manual

Module	Aims of the module	Examples of resource-activating questions
Changing dysfunctional cognitions	Promote the development of alternative, helpful evaluations and attitudes through guided self-discovery, e.g., specific questions focused on the resources and competencies of caregivers.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Have you ever mastered a similarly difficult situation? How did you manage it? What helped you?</li> <li>– Is there something that is very important to you that you could remind yourself of in this situation and that would give you courage and a sense of security?</li> <li>– What makes you feel confident?</li> </ul>
Self-care and creating value-based activities	Jointly work out the importance of self-care and activities for the health and well-being of caregivers and create motivation for change. Discuss which possibilities for self-care already exist and which valued activities can be (re)activated.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– What has been important to you in your life in the past (before the illness of your relative)?</li> <li>– What has given you strengths in the past?</li> <li>– What matters most in your life?</li> </ul>
Coping with change, grief, and loss	Enable caregivers to experience and use their positive qualities in the session in order to be better able to cope with current problems and satisfy their needs. (Re)activate resources for dealing with painful emotions and experiences and allow positive emotions to evolve.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– How have you dealt with difficult changes in your life so far?</li> <li>– What thoughts or feelings give you strength/help you to better cope with your situation?</li> </ul>
Increasing the use of informal and/or professional care support	(Re)activate support from family, friends, or professional services to provide more relief.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Care costs a lot of energy. Who can support you and how?</li> </ul>

lem analysis, 3) psychoeducation, 4) strengthening problem-solving abilities, 5) changing dysfunctional cognitions, 6) increasing the use of informal and/or professional support in care, 7) coping with change, grief, and loss, 8) self-care and creating value-based activities, 9) stress management and emotion-regulation strategies, 10) evaluation of the achieved changes. Therapists could use and combine the therapy modules according to the individual needs and therapy goals of the caregivers.

### Resource Activation as a Superordinate Intervention Heuristic

Resource activation is a superordinate heuristic of the Tele.TAnDem intervention, i.e., it is not a single module but is reflected in each of the modules to allow dementia caregivers to experience themselves in terms of their strengths and positive aspects. Regarding the therapeutic stance and relationship, the manual encourages that therapists develop a complementary relationship with each caregiver and to individually tailor the therapeutic relationship according to the motivational goals of caregivers, which are conceived as motivational resources. According to Grawe (2004), such a complementary relationship facilitates resource activation: By behaving complementarily toward the patient's most important relational schemata and motivational goals, the therapist enables the patient to have need-fulfilling and self-enhancing perceptions that not only foster the therapeutic relationship, but also increase the patient's well-being and willingness to actively participate in therapy. More specifically, the manual suggests that therapists approach the caregivers as "care experts," while also appreciating and validating their efforts. The motivational goals of caregivers of appreciation and importance are particularly commonly activated in therapy sessions (Wilz et al., 2015). Most patients (or, in this case, caregivers) begin psychotherapy demoralized and narrow-

ly focused on their failures and shortcomings. Addressing caregivers as experts, however, shifts the focus toward their successes and competencies, which can in turn be used as catalysts for positive change. The resource-oriented therapeutic stance and relationship is complemented by recommendations for resource-activating questions in the different modules throughout the manual. Table 1 provides a short but not comprehensive overview of example questions that therapists can use to activate the resources of caregivers in different modules. Thus, the manual encourages resource activation in a more explicit way by using resource-activating questions and by directly addressing resources (content-related resource activation) as well as in a more implicit, processual way by tailoring the therapeutic relationship according to the motivational goals of caregivers (process-related resource activation).

### The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia

To evaluate whether the intervention successfully activated the resources of dementia caregivers, we needed a questionnaire measuring the utilization of psychosocial resources of dementia caregivers – which, to our knowledge, was not yet available. We therefore adapted the Psychosocial Resource Utilization Questionnaire (Troesken 2002; Troesken & Grawe, 2003) for dementia caregivers. The original questionnaire was based on Grawe's (2004) consistency theory, designed to assess the utilization of psychosocial resources in nine theoretically derived "resource areas." Resource areas denotes that resources are grouped according to the motivational goals people strive to achieve by utilizing the respective resources. To develop the original questionnaire, participants reported the behaviors and

experiences they felt were important for achieving the motivational goal of each resource area in semi-structured interviews. Cluster analysis was then used to identify superordinate categories of behaviors and experiences, which in turn were used to develop the final questionnaire items.

An expert task force adapted the Psychosocial Resource Utilization Questionnaire specifically for dementia caregivers. The second author, a recognized expert in dementia-care research, led the task force, which was otherwise comprised of CBT therapists with experience working with dementia caregivers and delivering the Tele.TAnDem intervention. The task force identified three resource areas particularly relevant for dementia caregivers: resources related to well-being, resources related to coping with daily hassles, and resources related to social support.

First, the *utilization of resources related to well-being* of dementia caregivers is particularly important given that they commonly reduce or completely forgo self-care, leisure, and health-promoting activities (Schüz et al., 2015). Perceived changes in leisure activities help to explain the relationship between caregiver burden and lower mental health (Schüz et al., 2015). Moreover, the efficacy of a CBT intervention on depressive symptomatology was mediated by increases in leisure activities (Losada, Márquez-González, & Romero-Moreno, 2011). Thus, dementia caregivers benefit from increasing pleasant activities that buffer the negative impact of caregiving.

Second, the *utilization of resources related to coping with daily hassles* of dementia caregivers is particularly important, given that caregivers face a plenitude of burdensome challenges in their daily lives (Gottlieb & Wolfe, 2002; Kneebone & Martin, 2003). Because of the progressive and degenerative disease of care recipients, caregiving demands are ever-changing, and new, unfamiliar tasks are constantly evolving, making it all the more important that dementia caregivers utilize resources to successfully cope with daily challenges. The transition to and maintenance of the role as dementia caregiver can be conceived of as a crisis requiring an adjustment process (Toepfer, Foster, & Wilz, 2014). Thus, resources deemed helpful for coping with past crises are likely to help the ability of dementia caregivers to cope with stress in everyday life.

Third, dementia caregivers often bemoan that they do not receive enough or appropriate social support, and that they feel socially isolated from family and friends. The wish of dementia caregivers to share their experience and network with peers emphasizes their need for social support over and above the instrumental support commonly provided by most formal support services (Stoltz, Uden, & Willman, 2004). Research suggesting that perceived social support buffers the detrimental effects of stress in dementia caregivers (Stoltz et al., 2004) points to how critical the *utilization of resources related to social support* is for dementia caregivers.

After identifying the resource areas most relevant for dementia caregivers, the expert task force then chose appropriate items from the original questionnaire. Taking into account that the assessment package consisted of measures for many other variables besides resource utilization (Soellner et al., 2015), the task force deemed it necessary to shorten the scales in order to avoid exhausting the participants, and to exclude items that were either too remote from the experience of dementia caregivers or that could even be perceived as nonempathic and cynical (e.g., "... it helped me to know that my burden is only temporary," "... it helped me to see my difficulties as opportunities").

In sum, the tasks force decided to include 9 of the 12 items from the original "utilization of resources related to well-being" scale, 9 of the 14 items from the "utilization of resources related to coping with daily hassles" scale, 11 of the 18 items from the "utilization of resources related to coping with past crisis" scale as well as 7 of the 11 items from the "utilization of resources related to social support" scale. The three scales cover a sufficiently broad spectrum of resources with high face and content validity. Participants used a 5-point scale (1 = *never*, 5 = *very often*)<sup>1</sup> to indicate the frequency with which they had utilized each resource (e.g., to do something for one's own health and physical fitness) in the last 4 weeks for achieving a motivational goal (e.g., to feel good). Thus, by naming the scales "utilization of resources related to ...," we denote that the degree of resource utilization is measured in relation to a motivational goal but not the degree of achieving the motivational goal (i.e., congruence). Answers across items from each resource area were averaged. A professional English translation of the questionnaire by a native English speaker with extensive experience in psychological research is available in the Appendix<sup>2</sup>.

### Utilization of Resources Related to Well-Being

Participants read, "During the last 4 weeks I felt good because ..." followed by the 9 items, for example, "... I did something for my health and physical fitness," "... I took care of something that I had been putting off," and "... I spent time with friends and acquaintances." Cronbach's  $\alpha$  for the scale was .85.

### Utilization of Resources Related to Coping with Daily Hassles

Participants read, "Whenever I felt stressed over the last 4 weeks, it helped me ..." followed by 20 items, for example, "... to take a step back and figure things out," "... to let off steam," and "... to take my mind off things by doing something else." Cronbach's  $\alpha$  for the scale was .76.

### Utilization of Resources Related to Social Support

Participants read, "During the last 4 weeks, I felt supported because someone ..." followed by the 7 items, for example,

<sup>1</sup> The original 7-point scale format was changed to make the different questionnaires more consistent and thus easier to answer.

<sup>2</sup> The professional native English-speaking translator and the first author independently translated the original German questionnaire into English. Inconsistencies on a few items were resolved through discussion.

**Table 2.** Intercorrelations among the scales of the Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia and correlations for validity determination ( $N = 273$ )

	Utilization of resources related to . . .		
	Well-being	Coping with daily hassles	Social support
Utilization of resources related to . . .			
Well-being	–	.59***	.44***
Coping with daily hassles	.59***	–	.48***
Social support	.44***	.48***	–
WHOQoL-BREF			
Psychological Health	.57***	.34***	.34***
Social Relationships	.33***	.24***	.44***
Emotional Well-Being (VAS)	.53***	.35***	.29***
CES-D	–.49***	–.19**	–.34***
Burden of Care (VAS)	–.39***	–.15*	–.16**

Note. WHOQoL-BREF = WHO Quality of Life-BREF; VAS = visual analog scale; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, German Version. \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ .

“... treated me thoughtfully,” “... encouraged me,” and “... pointed out my options.” Cronbach’s  $\alpha$  for the scale was .87.

### Intercorrelations and Validity Determination

Intercorrelations among the three scales are significant and lie between .44 and .59 (see Table 2), indicating that the scales measure the utilization of psychosocial resources in related but still distinct resource areas.

The three scales also show significant moderate positive correlations with the subscales Psychological Health and Social Relationships of the WHOQoL-BREF (Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2000) and a visual analog scale (VAS) measuring emotional well-being (Wilz & Soellner, 2016) (see Table 2). Utilization of resources related to well-being has the highest correlations with Psychological Health and emotional well-being, whereas utilization of resources related to social support has the highest correlation with Social Relationships. Significant low to moderate negative correlations are found between the three scales measuring utilization of psychosocial resources and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Hautzinger, Bailer, Hofmeister, & Keller, 2012) as well as a VAS measuring burden of care (Wilz & Soellner, 2016). In line with theory, the size of the correlations with symptoms of depression and burden of care are lower than the size of the correlations with quality of life and emotional well-being. Taken together, the correlations provide evidence for the convergent validity of the three scales.

### Data Analysis

We used IBM Statistics SPSS 22 to analyze the data and generalized analyses of covariance (g-ANCOVA) to assess the average effect of the intervention on the utilization of psychosocial resources of caregivers related to well-being, coping with daily hassles, and social support at posttest and at follow-up.

The models included treatment (control or intervention group) as the independent variable, utilization of the respective resources at baseline as a covariate, as well as a baseline resource utilization by treatment interaction. Since the baseline level of the respective outcome variable is included as a covariate, post-intervention comparisons between groups are adjusted for pre-intervention differences (i.e., comparison of adjusted means). The inclusion of an interaction term allowed us to test conditional treatment effects, i.e., whether the effects of the intervention are larger or smaller depending on the baseline resource utilization of caregivers. We computed Cohen’s  $d$  effect sizes by dividing the difference of adjusted means between the intervention and control group by the outcome variable standard deviation of the total sample.

## Results

### Sample Characteristics

Caregivers were predominantly female ( $n = 220$ ; 80.6%) and had a mean age of 64.19 years ( $SD = 11.04$ , range: 23–91). On average, they had been taking care of their relative with dementia for 4.89 years ( $SD = 3.68$ , range: 5 months – 19 years). The majority of caregivers were living together with the care recipient ( $n = 218$ , 79.9%). In most cases, the care recipient was a spouse (60.4%,  $n = 165$ ) or a parent (38.1%,  $n = 104$ ).

The mean age of care recipients was 78.76 years ( $SD = 9.35$ , range: 44–104). Most care recipients had been diagnosed with Alzheimer’s disease (45.1%,  $n = 123$ ), followed by vascular dementia (11%,  $n = 30$ ) and frontotemporal dementia (5.1%,  $n = 14$ ). Most care recipients had either moderate (38.5%,  $n = 105$ ) or severe (37.5%,  $n = 101$ ) dementia, and a minority had very



**Table 3.** Descriptive statistics of the utilization of resources related to well-being, coping with daily hassles and social support at baseline (t0), posttest (t1), and 6-month follow-up (t2) by treatment group

Variable		Total sample			Control group			Intervention group		
		N	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Utilization of resources related to well-being	t0	273	2.53	0.65	134	2.47	0.62	139	2.58	0.67
	t1	235	2.79	0.70	114	2.66	0.70	121	2.91	0.69
	t2	230	2.83	0.71	112	2.82	0.72	118	2.84	0.70
Utilization of resources related to coping with daily hassles	t0	273	2.76	0.47	134	2.73	0.48	139	2.79	0.46
	t1	235	2.94	0.48	114	2.84	0.49	121	3.03	0.46
	t2	230	2.89	0.50	112	2.90	0.55	118	2.89	0.46
Utilization of resources related to social support	t0	273	2.49	0.75	134	2.45	0.79	139	2.53	0.71
	t1	235	2.74	0.76	114	2.66	0.71	121	2.81	0.80
	t2	230	2.68	0.76	112	2.63	0.77	118	2.72	0.75

severe dementia (20.4%,  $n = 56$ ) as measured by the Global Deterioration Scale (Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982).

Wilz et al. (2018) provided evidence that the sample of dementia caregivers which was used in the current study had significantly more symptoms of depression and more physical health symptoms compared with representative German community samples aged over 50 and 60 years, respectively.

There were no significant differences between the intervention and control group with regard to any of the sociodemographic characteristics, caregiving characteristics, or baseline resource utilization.

## Drop-outs

Thirty-eight caregivers (18 intervention group, 20 control group) dropped out between the baseline and posttest assessments, and another 5 caregivers (3 intervention group, 2 control group) dropped out between the posttest and 6-month follow-up assessments. There were no significant differences between caregivers who completed all three assessments and those who dropped out with regard to any of the sociodemographic characteristics, caregiving characteristics or baseline resource utilization (all  $p > .05$ ).

## Intervention Fidelity

Expert ratings of audiotaped sessions indicated that the therapists adhered to the intervention manual and competently applied CBT techniques (for more details, see Wilz et al., 2018).

## Main Results: Resource Utilization by Dementia Caregivers

The descriptive statistics of the three scales of the Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia can be found in Table 3.

### Utilization of Resources Related to Well-Being

At posttest, caregivers in the intervention group (adjusted mean:  $M_{adj} = 2.89$ ) reported utilizing significantly more resources related to well-being than caregivers in the control group ( $M_{adj} = 2.69$ ;  $p = .013$ ,  $d = 0.29$ ). At follow-up, there was no significant difference between the intervention group ( $M_{adj} = 2.81$ ) and the control group ( $M_{adj} = 2.85$ ,  $p = .667$ ).

### Utilization of Resources Related to Coping with Daily Hassles

At posttest, caregivers in the intervention group ( $M_{adj} = 3.02$ ) reported utilizing significantly more resources related to coping with daily hassles than caregivers in the control group ( $M_{adj} = 2.86$ ;  $p = .002$ ,  $d = 0.34$ ). At follow-up, there were no significant differences between the intervention group ( $M_{adj} = 2.87$ ) and the control group ( $M_{adj} = 2.92$ ;  $p = .323$ ).

### Utilization of Resources Related to Social Support

The utilization of resources of caregivers related to social support did not significantly differ between the intervention group (IG) and the control group (CG) at posttest (IG:  $M_{adj} = 2.79$ ; CG:  $M_{adj} = 2.67$ ;  $p = .197$ ) or at follow-up (IG:  $M_{adj} = 2.70$ ; CG:  $M_{adj} = 2.65$ ;  $p = .579$ ). However, there was a marginally significant interaction between baseline utilization of resources related to social support and the intervention ( $\beta = .245$ ,  $p = .050$ ). Specifically, baseline utilization of resources related to social support moderated the effect of the intervention, such that treatment effects were greater for caregivers who utilized more social support resources at baseline.

## Discussion

The present study demonstrates for the first time that a manualized, telephone-based CBT intervention for dementia caregivers incorporating resource activation as a superordinate intervention heuristic successfully increases the utilization of psy-

chosocial resources by dementia caregivers. Drawing on research on general change mechanisms of psychotherapy as well as Grawe's (2004) consistency theory, we deemed resource activation to be a promising approach for developing effective interventions for dementia caregivers and testable hypotheses. Our results complement the growing but still limited body of knowledge about how interventions can effectively support dementia caregivers by fostering their strengths.

We considered the utilization of resources related to well-being, coping with daily hassles, and social support as particularly relevant to dementia caregiving. The Tele.TAnDem intervention manual specifically targets these three resource dimensions as fundamental elements of the mental health of caregivers. Based on previous measurements of psychosocial resource utilization (Troesken, 2002; Troesken & Grawe, 2003), we developed the Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia to measure the psychosocial resource utilization of dementia caregivers. Each of the three resource utilization scales demonstrated acceptable to good internal consistency. Correlational analyses showed that the scales are significantly related to each other as well as to other instruments chosen to determine convergent validity, but still sufficiently distinct.

With regard to the effectiveness of the intervention, we found that caregivers who participated in the Tele.TAnDem intervention utilized significantly more resources related to well-being and coping with daily hassles at posttest relative to caregivers in the control group. Although the effect sizes were small, they are nevertheless noteworthy and consistent with the results of a meta-analysis of caregiver interventions (Pinquart & Sörensen, 2006). Dementia caregivers commonly reduce or completely forgo self-care, leisure, and health-promoting activities because they devote all their time and energy to caring for their relative with dementia (Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt, & Schulz, 1999; Schüz et al., 2015), thereby running the risk of overexerting themselves and being unable to sustain in-home family care. Furthermore, the progressive and degenerative disease of the care recipient means that caregivers face the burdensome challenge of managing ever-changing demands in their day-to-day lives. It is thus crucial that dementia caregiver interventions (re)activate possibilities for self-care and enjoyable activities as well as support the ability of caregivers to cope with stress in everyday life. By successfully improving the utilization of resources by caregivers related to both well-being and coping with daily hassles, Tele.TAnDem achieved two highly relevant goals.

Dementia caregivers often bemoan that they do not receive enough social support or feel socially isolated (Stoltz et al., 2004). In contrast to the utilization of resources related to well-being and coping with daily hassles, there was no evidence for an average treatment effect on the utilization of social support resources. However, the interaction between baseline utilization of social support resources and the intervention reached marginal significance, such that the effect of the intervention with regard to the utilization of social support resources at post-

test was greater for caregivers who reported utilizing more social support resources at baseline. The finding is consistent with the notion that it is particularly important for therapists to focus on the preexisting resources patients basically "have" but have ceased to be aware of or utilize, as opposed to trying to build resources that caregivers (or their therapists) feel they lack (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Although this reasoning holds not only for social support resources, but also for other resource areas as well, social support resources may have more objective and/or externally determined limits relative to other types of resources. Whereas it is almost always possible to identify potential activities to foster well-being and/or strategies to manage stressful situations, for example, therapists may be less able to address any objective or externally determined restrictions to a person's social support resources. However, if dementia caregivers already have and utilize social support resources before the intervention, they do so even more following the Tele.TAnDem intervention.

Consistent with previous research on interventions for dementia caregivers (Pinquart & Sörensen, 2006), we found that the initial increases in the utilization of resources related to well-being and coping with daily hassles were not maintained at follow-up. The lack of significant intervention effects at follow-up may result from the progressive and degenerating dementia process in which the demands of the care situation often change and become more challenging. Thus, caregivers may apply certain resources at posttest but may be unable to draw on the same resources to the same extent 6 months later – or caregivers may no longer perceive certain resources as useful.

Another reason for the lack of differences between the intervention and control groups at follow-up could be that the 12 Tele.TAnDem telephone sessions may not have sufficed for stimulating more permanent changes in resource utilization by caregivers. So-called "booster sessions" may be helpful for sustaining the effects of the intervention (Losada et al., 2015).

## Limitations and Suggestions for Future Research

In the current study we took an innovative and promising new approach to supporting dementia caregivers by fostering their strengths and activating their resources. We used psychosocial resource utilization as a measure of successful resource activation. As no previously published questionnaire for measuring specifically the psychosocial resource utilization of dementia caregivers was available, we developed and implemented a new measure in the current study, The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia. This decision was based on the underlying theory of the measure (i.e., Grawe's consistency theory). In their review of positive psychology outcome measures for family caregivers of people with dementia, Stansfeld et al. (2017) argued that there is still considerable scope for drawing on models that are

more closely aligned to the discipline of positive psychology (i.e., the study of factors that allow people to flourish and improve quality of life, even – but not only – when facing adversities) and applying them to intervention research in dementia care. This is why we prioritized a newly developed but theoretically coherent and innovative measure over using established and more widely used questionnaires based on other theoretical approaches. For example, major limitations of stress-coping models that have predominantly guided dementia caregiver research have been identified with regard to their relationship to positive constructs (Carbonneau et al., 2010; Farran, 1997).

Although the questionnaire proved reliable and valid in the current study, future studies on the advantages and limitations of the questionnaire would be helpful for reappraising the steps taken to develop the questionnaire. More generally, we believe resource activation and the utilization of psychosocial resources by caregivers are useful constructs that should be incorporated into other intervention studies.

The lack of an active control group leaves open the possibility that changes in the outcomes were due to attention received through regular phone contact rather than intervention content. However, in a previous study of the Tele.TAnDem intervention (Wilz & Soellner, 2016), the intervention was more effective than a meaningful attention control group receiving relaxation training via telephone, thus rendering attention effects unlikely.

Although utilization of psychosocial resources is a key indicator of successful resource activation, it remains unclear whether resource activation is responsible for the effects on utilization of psychosocial resources since the intervention contains multiple modules and components, with resource-activation being a superordinate intervention heuristic. Future research could clarify the role of resource activation as a promising working mechanism of strength-based dementia caregiver interventions (as theoretical and empirical psychotherapy research suggests) by investigating whether utilization of psychosocial resources mediates the treatment effects on other outcome variables. According to Grawe's consistency theory (2004), positive outcomes like quality of life and psychological health would be proximal indicators of congruence in this regard.

## Clinical Implications

As a general change mechanism of psychotherapy, theory and research on resource activation can inform attempts to support dementia caregivers by fostering their strengths. The manualized CBT- and telephone-based Tele.TAnDem intervention incorporates resource activation as a superordinate heuristic and successfully activates the resources of dementia caregivers related to well-being and coping with daily hassles. Intervention participants who already used more social support resources at baseline used social support resources to an even greater extent at the end of the intervention. Therapists should therefore focus on preexisting resources in caregivers.

## Acknowledgments

The authors would like to thank Dr. Catherine E. Bowen for translating The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia and for editing the manuscript. We are also grateful to our colleagues Prof. Dr. Renate Soellner, Maren Reder, MPH, and Anna Machmer, MSc, at our cooperating institution, the University of Hildesheim. Finally, we wish to thank all the therapists delivering the Tele.TAnDem-intervention and all family caregivers who participated in the study.

## Declaration of Conflicts of Interest

The authors declare that no conflicts of interest exist.

## References

- Alzheimer's Disease International. (2015). *World Alzheimer report 2015*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität* [WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. Handbook for the German Version of the WHO Instruments for the International Assessment of Quality of Life]. Göttingen: Hogrefe.
- Balducci, C., Mnich, E., McKee, K. J., Lamura, G., Beckmann, A., Krevers, B., . . . Öberg, B. (2008). Negative impact and positive value in caregiving: Validation of the COPE index in a six-country sample of carers. *The Gerontologist*, 48, 276–286.
- Bekhet, A. K. (2015). Resourcefulness in African American and Caucasian American caregivers of persons with dementia: Associations with perceived burden, depression, anxiety, positive cognitions, and psychological well-being. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51, 285–294.
- Carbonneau, H., Caron, C., & Desrosiers, J. (2010). Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia. *Dementia*, 9, 327–353.
- Clarke, P. B., Adams, J. K., Wilkerson, J. R., & Shaw, E. G. (2016). Wellness-based counseling for caregivers of persons with dementia. *Journal of Mental Health Counseling*, 38, 263–277.
- Farran, C. J. (1997). Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: Stress/adaptation and existentialism. *The Gerontologist*, 37, 250–257.
- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19, 213–223.
- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 876–890.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 1–11.

- George, L. K., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multi-dimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253–259.
- Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., Sullivan, M. P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., ... Crutch, S. (2016). A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatrics*, 16(1), 106.
- Gottlieb, B. H., & Wolfe, J. (2002). Coping with family caregiving to persons with dementia: A critical review. *Aging & Mental Health*, 6, 325–342.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1–19.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Bern: Hogrefe.
- Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie [Resource activation: A primary change principle in psychotherapy]. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D., & Keller, F. (2012). *Allgemeine Depressions Skala. Manual* [German Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Manual]. Göttingen: Hogrefe.
- Judge, K. S., Yarry, S. J., & Orsulic-Jeras, S. (2010). Acceptability and feasibility results of a strength-based skills training program for dementia caregiving dyads. *The Gerontologist*, 50, 408–417.
- Kneebone, I. I., & Martin, P. R. (2003). Coping and caregivers of people with dementia. *British Journal of Health Psychology*, 8, 1–17.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Losada, A., Márquez-González, M., & Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: Effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1119–1127.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 760–772.
- Myers, J. E., & Sweeney, T. J. (2014). *Five Factor Wellness Inventory manual*. Menlo Park, CA: Mindgarden.
- Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39, 177–185.
- Pinquant, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250–267.
- Pinquant, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577–595.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139, 1136–1139.
- Schüz, B., Czerniawski, A., Davie, N., Miller, L., Quinn, M. G., King, C., ... Scott, J. L. (2015). Leisure time activities and mental health in informal dementia caregivers. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7, 230–248.
- Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C., & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, 101, 75–89.
- Smith, E. C., & Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 285, 275–285.
- Soellner, R., Reder, M., Machmer, A., Holle, R., & Wilz, G. (2015). The Tele.TANdem intervention: Study protocol for a psychotherapeutic intervention for family caregivers of people with dementia. *BMC Nursing*, 14(1), 11.
- Stansfeld, J., Stoner, C. R., Wenborn, J., Vernooij-Dassen, M., Moniz-Cook, E., & Orrell, M. (2017). Positive psychology outcome measures for family caregivers of people living with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 29, 1281–1296.
- Stoltz, P., Uden, G., & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home: A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 111–119.
- Toepfer, N. F., Foster, J. L. H., & Wilz, G. (2014). “The good mother and her clinging child”: Patterns of anchoring in social representations of dementia caregiving. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 24, 234–248.
- Troesken, A. K. (2002). *Das Berner Ressourceninventar. Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht* [The Bern Resource Inventory: Resource potentials and resource utilization from the perspective of consistency theory]. (Unpublished doctoral dissertation). University of Bern, Switzerland.
- Troesken, A. K., & Grawe, K. (2003). Das Berner Ressourceninventar – Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst und Fremdbeurteilungsperspektive [The Bern Resource Inventory – Instruments of self- and observer-rated patients’ psychosocial resources]. In H. Schemmel & J. Schaller, (Eds.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (pp. 195–217). Tübingen, Germany: dgvt.
- Wilz, G., Reder, M., Meichsner, F., & Soellner, R. (2018). The Tele.TANdem intervention: Telephone-based CBT for family caregivers of people with dementia. *The Gerontologist*, 58, e118–e129.
- Wilz, G., Schinköthe, D., & Kalytta, T. (2015). *Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Das Tele.TANdem Behandlungskonzept* [Therapist support for dementia caregivers: The Tele.TANdem Intervention Program]. Göttingen: Hogrefe.
- Wilz, G., & Soellner, R. (2016). Evaluation of a short-term telephone-based cognitive behavioral intervention for dementia family caregivers. *Clinical Gerontologist*, 39, 25–47.
- Yarry, S. J., Judge, K. S., & Orsulic-Jeras, S. (2010). Applying a strength-based intervention for dyads with mild to moderate memory loss: Two case examples. *Dementia*, 9, 549–557.
- Zarit, S. H., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer’s disease: Families under stress*. New York: New York University Press.
- Zauszniewski, J. A. (2006). Resourcefulness: A new midrange theory. In J. J. Fitzpatrick & M. Wallace (Eds.), *Encyclopedia of nursing research* (pp. 256–258). New York: Springer-Verlag.
- Zauszniewski, J. A., Lekhak, N., Burant, C. J., Underwood, P. W., & Morris, D. L. (2016). Resourcefulness training for dementia caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 38, 1554–1573.

Manuscript submitted: 14.06.2018

Manuscript accepted after revision: 03.08.2018

#### Nils F. Töpfer

Institute of Psychology  
Department of Counseling and Clinical Intervention  
Friedrich-Schiller-University Jena  
Humboldtstraße 11  
07743 Jena  
Germany  
nils.toepfer@uni-jena.de

## Appendix

### The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia

#### Utilization of Resources Related to Well-Being

During the last 4 weeks, I felt good because ...

- 1) ... I spent time with my partner or family.
- 2) ... I spent time with friends and acquaintances.
- 3) ... I did something really nice.
- 4) ... I had stimulating and interesting experiences.
- 5) ... I took the time to self-reflect.
- 6) ... I made a conscious effort to relax and unwind.
- 7) ... I did something for my health and physical fitness.
- 8) ... I took care of something that I had been putting off.
- 9) ... I was proud of something I accomplished.

#### Utilization of Resources Related to Coping with Daily Hassles

Whenever I felt stressed over the last 4 weeks, it helped me ...

- 1) ... to take a step back and figure things out.
- 2) ... to feel accepted.
- 3) ... to refresh my motivation by reminding myself of my goals.
- 4) ... to find someone to talk to.
- 5) ... to let off steam.
- 6) ... to treat myself to something nice.
- 7) ... to withdraw from the situation.

- 8) ... to distance myself from the situation.
- 9) ... to know that I can handle things.
- 10) ... to be patient.
- 11) ... to accept things as they are.
- 12) ... to face things with a sense of humor.
- 13) ... to take my mind off things by doing something else.
- 14) ... to deliberately think about other things every now and then.
- 15) ... to structure my day.
- 16) ... to cry.
- 17) ... to take advantage of professional help.
- 18) ... to re-evaluate my attitude.
- 19) ... to find out how other people dealt with similar situations.
- 20) ... to draw strength from my faith or spirituality.

#### Utilization of Resources Related to Social Support

During the last 4 weeks, I felt supported because someone ...

- 1) ... treated me thoughtfully.
- 2) ... had confidence in me.
- 3) ... really listened to me.
- 4) ... paid attention to me.
- 5) ... encouraged me.
- 6) ... offered me constructive criticism.
- 7) ... pointed out my options.

*Note.* response format: 1 (*never*) to 5 (*very often*).



**Studie 2:**

**Telephone-Based Cognitive Behavioral Intervention Improves  
Dementia Caregivers' Quality of Life**

Publikationsstatus:

Das Manuskript ist in *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* veröffentlicht.

Online veröffentlicht: 13.01.2019

Vollständige Literaturangabe:

Meichsner, F.\*, Töpfer, N. F.\*, Reder, M., Soellner, R., & Wilz, G. (2019). Telephone-based cognitive behavioral intervention improves dementia caregivers' quality of life. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. doi: 10.1177/1533317518822100

\* Co-First-Authorship: Franziska Meichsner and Nils F. Töpfer contributed equally to this work.





# Telephone-Based Cognitive Behavioral Intervention Improves Dementia Caregivers' Quality of Life

Franziska Meichsner, PhD<sup>1\*</sup>, Nils F. Töpfer, MSc, MPhil<sup>1\*</sup>,  
Maren Reder, MPH<sup>2</sup>, Renate Soellner, PhD<sup>2</sup>, and  
Gabriele Wilz, PhD<sup>1</sup>

American Journal of Alzheimer's  
Disease & Other Dementias®  
1-11

© The Author(s) 2019

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/1533317518822100

journals.sagepub.com/home/aja



## Abstract

The present study examined the effects of a telephone-based cognitive behavioral intervention on dementia caregivers' quality of life (QoL). A total of 273 caregivers were randomly assigned to an intervention or control group. The intervention comprised 12 telephone sessions of individual cognitive behavioral therapy (CBT) over 6 months. At baseline, postintervention, and 6-month follow-up, QoL was assessed with the World Health Organization QoL-BREF, which measures perceived QoL for the domains physical health, psychological health, social relationships, and environment as well as overall QoL and satisfaction with general health. Intention-to-treat analyses using latent change models were performed. At postintervention, intervention group participants reported better overall QoL and satisfaction with general health as well as better physical and psychological health compared to control group participants. Together with existing evidence, the results suggest that the telephone CBT intervention does not only reduce impairments but also fosters improvements in health-related QoL.

## Keywords

cognitive behavioral therapy, family caregiving, quality of life, telephone intervention

## Introduction

Across the globe, the primary caregivers for people with dementia are family members.<sup>1</sup> It is well known that family caregivers of people with dementia face a number of challenges that negatively impact their health and well-being.<sup>2</sup> The numerous challenges of caring for a relative with dementia include coping with the behavioral and psychological symptoms of dementia (eg, agitation, aberrant motor behavior, and delusions) and the gradual loss of central qualities of primary relationships (eg, mutual caring and reciprocal exchanges of affection and assistance).<sup>3</sup>

Fortunately, research has shown that interventions can effectively improve dementia caregiver outcomes.<sup>4</sup> However, to date most studies have focused only on caregivers' symptoms, problems, and complaints, and more research on how interventions also affect dimensions of optimal health and human flourishing is critically needed.<sup>5</sup> The World Health Organization (WHO) defines health as "a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (p 1).<sup>6</sup> Over the past 2 decades, the positive psychology movement has likewise stimulated increased recognition that human flourishing entails more than just the absence of pathology and suffering.<sup>7</sup> Evaluating the full effectiveness of a caregiver intervention should therefore entail assessing not only whether it reduces impairments but also whether it helps

participants to thrive. Experts recently identified dementia caregivers' quality of life (QoL) as an important "positive" outcome for psychosocial intervention research, with the Short-Form Health Survey (SF) scales, EuroQol-5D (EQ-5D), and the WHO Quality of Life instrument (WHOQoL) as the best measures of QoL currently available.<sup>8</sup> In the current study, we therefore assess the effect of a telephone-based cognitive behavioral therapy (CBT) intervention on dementia caregivers' QoL.

## Previous Research on the Effects of Dementia Caregiver Interventions on QoL

In the following, the findings of different types of caregiver interventions on QoL are grouped according to a recent classification that distinguished psychoeducational interventions, occupational

<sup>1</sup> Department of Counseling and Clinical Intervention, Institute of Psychology, Friedrich Schiller University Jena, Jena, Germany

<sup>2</sup> Institute of Psychology, University of Hildesheim, Hildesheim, Germany

\*Franziska Meichsner and Nils F. Töpfer contributed equally to this work.

## Corresponding Author:

Franziska Meichsner, PhD, Department of Counseling and Clinical Intervention, Institute of Psychology, Friedrich Schiller University Jena, Humboldtstrasse 11, Jena 07743, Germany.

Email: franziska.meichsner@uni-jena.de

therapy interventions, respite care, and cognitive-behavioral therapy (CBT).<sup>4</sup> Due to the heterogeneity of interventions, outcome measures, and settings, we include information about the specific intervention and QoL outcome measures in our review.

*Psychoeducational interventions* focus on improving participants' knowledge and coping skills (through, eg, problem-solving techniques or skill-building activities) and providing social support. Evidence suggests that *single component* psychoeducational interventions that solely focus on one strategy or activity do not appear to improve caregivers' QoL (social support intervention: EQ-5D<sup>9</sup>; family meetings intervention: SF-12<sup>10</sup>; disease management program: EQ-5D<sup>11</sup>). Evidence for *multicomponent* psychoeducational interventions that offer participants a range of activities is mixed, with some improving QoL (dementia family care program: WHOQoL-BREF<sup>12</sup>; coping strategy training: HSQ: mental health domain<sup>13,14</sup>; individual-based psychoeducational intervention program: SF-36, GHQ-28<sup>15</sup>; and enhanced counseling and support treatment: self-rated health adapted from Older Americans Resources and Services Multidimensional Assessment Questionnaire<sup>16</sup>), and some not (education and training intervention: WHOQoL-BREF<sup>17</sup>; group-based psychoeducational intervention program: SF-36, General Health Questionnaire [GHQ-28]<sup>18</sup>; and psychosocial counseling and support program: European Quality of Life - Visual Analogue Scale [EQ-VAS]<sup>19,20</sup>). The REACH study<sup>21</sup> investigated the effects of a multicomponent intervention on a QoL indicator comprising measures of both positive and negative outcomes (depression, self-care, burden, social support and problem behaviors of the care recipient) and also found positive treatment effects.

*Occupational therapy interventions* aim at maintaining and improving independence and participation in activities of daily living through performing meaningful activities and increasing the ability to handle problematic behaviors as well as the sense of competence. Positive effects on dementia caregivers' QoL were only found for *individual* occupational therapy interventions (perceived change index<sup>22</sup>; Dementia QoL Instrument, GHQ-12<sup>23</sup>), whereas no benefit was found for a *group-based* occupational therapy intervention (EQ5-D and GHQ-28).<sup>24</sup>

*Respite care* provides caregivers with a temporary break-through community-based (in-home or host family respite) or residential respite care (day care, temporary residential admission, and nighttime care). To our knowledge, evidence from randomized controlled trials (RCTs) comparing the effect of respite care on dementia caregivers' QoL to that of a control condition is still lacking.<sup>4,25</sup> One quasi-experimental study including patients and family caregivers (not limited to dementia) compared the effects of geriatric day care offering a rehabilitation program, social contacts, and constructive activities to the care recipients and information about the disease to the caregivers to an untreated matched control group (CG). No significant differences in caregivers' life satisfaction (life satisfaction questionnaire) were found.<sup>26</sup> Two other studies used respite care as the control condition and produced ambiguous results. One quasi-experimental study compared an integrated family support program with geriatric day care and found no significant differences in their impact on caregivers' general

health (GHQ-28).<sup>27</sup> One RCT found that polarity therapy (ie, a type of touch therapy) had superior effects on health-related QoL (SF-36) than respite care.<sup>28</sup> All in all, current evidence regarding the effects of respite care on caregivers' health and well-being should be treated with caution, as the quality of the evidence has mostly been rated as low, and well-designed trials are needed before any conclusions can be drawn.<sup>4,25</sup>

Of the 4 different kinds of caregiver interventions, *CBT* interventions have been consistently found to be most effective across various outcome measures.<sup>29,30</sup> CBT is particularly suitable for supporting dementia caregivers, as it aims to help participants develop cognitive and behavioral skills for managing their complex and demanding role. Wilz et al<sup>31</sup> provide an overview of research supporting the effectiveness of cognitive behavioral strategies such as changing dysfunctional cognitions (eg, perfectionism in care as a barrier for using professional or informal support) and improving emotion regulation strategies (eg, for coping with predeath grief and other stressful emotions like anger, shame, and anxiety) for improving many aspects of caregivers' health and well-being. Given that effect sizes in psychosocial intervention research in dementia care are generally small,<sup>32</sup> one study<sup>33</sup> found extraordinarily large-sized effects of CBT on depression and medium-sized effects on increases in engagement in pleasant events as well as on reduction in dysfunctional thoughts at postintervention compared to a control group. A significant medium-sized effect of CBT on depression was maintained until follow-up.<sup>33</sup> Others<sup>34</sup> reported medium-sized effects of CBT on self-perceived health and dysfunctional thoughts.

Research, however, on the effects of CBT interventions on caregivers' QoL remains scarce, and the few available studies have evaluated interventions that are based only in part on CBT. One study investigated the effects of psychodynamic group therapy (classified as a CBT intervention)<sup>35</sup> which targeted several aspects of the caregiver role (eg, feeling lonely and helpless, family conflicts, changing family dynamics) and encouraged caregivers to explore their emotions (eg, sadness, frustration, anger, guilt) but found no treatment effects on caregivers' QoL (WHOQoL).<sup>36</sup> Two other studies<sup>13,14</sup> evaluated the effects of a blended intervention that consisted of psychoeducational components (eg, learning about dementia and caregiver stress), discussing problematic behaviors of the care recipient and difficult situations as well as elements of CBT (eg, behavioral management techniques, self-care skills including changing unhelpful thoughts, and promoting acceptance). Compared to a control group, intervention group participants had better health-related QoL (mental health domain of the HSQ) over an 8-month as well as 24-month evaluation period.<sup>13,14</sup> One other study evaluated a CBT *group intervention* focused on managing dysfunctional thoughts and self-help techniques that yielded significant improvements in mental health (GHQ-12) but no statistically significant treatment effects on QoL (Ruiz & Baca's QoL Questionnaire).<sup>34</sup>

Finally, in previous work, we evaluated the effects of the Tele.TAnDem intervention on caregivers' QoL. To our knowledge, Tele.TAnDem<sup>31,37</sup> is the first telephone-based CBT-based

intervention specifically adapted for family caregivers of people with dementia. Many dementia caregivers have problems participating in face-to-face interventions because they cannot leave the care recipient alone, have physical constraints, or live in rural areas with poor infrastructure. The telephone setting, however, enables caregivers to integrate the intervention sessions into their everyday lives, thereby increasing access and overcoming barriers to participation.<sup>38</sup> Intervention participants receive either seven 60-minute therapeutic sessions delivered over 3 months (short-term intervention)<sup>37</sup> or twelve 50-minute sessions delivered over 6 months (extended intervention).<sup>31</sup> The intervention was extended because participants evaluated the short-term intervention as helpful but the number of sessions as too few and the duration of the intervention as too short.<sup>37</sup> Tele.TAnDem sessions are focused on managing the care recipient's behavior problems and personality changes, self-care, reducing social isolation, utilizing professional and informal support, reducing stress, regulating emotions, reinforcing positive activities, and accepting role change and loss. Previous studies support the effectiveness of the Tele.TAnDem intervention with regard to a number of outcomes.<sup>31,37,39,40</sup> With respect to QoL specifically, we found that participants of the short-term intervention who were still caring at home 2 years posttreatment reported significantly higher *overall QoL and satisfaction with general health* and higher scores in the domain *environment* than those in the control group (WHOQoL-BREF).<sup>41</sup> The effect of the extended intervention on caregivers' QoL has not yet been evaluated.

## Research Objective

To date, caregiver intervention research has primarily focused on how well interventions can reduce participants' symptoms and complaints. Recognizing that health is more than just the absence of disease, more research on the effects of dementia caregiver interventions on positive outcomes like QoL is needed. Although CBT interventions can be considered as particularly suitable for supporting dementia caregivers and have yielded promising results, little is known about the effects of CBT interventions on dementia caregivers' QoL. In the current study, we therefore examine the effects of the extended Tele.TAnDem intervention on caregivers' QoL. Quality of life was included as a secondary outcome measure in the RCT that evaluated the effectiveness of the extended Tele.TAnDem intervention.<sup>42</sup> Data on secondary outcomes like QoL are often not reported or provided only in insufficient detail.<sup>35</sup> In the current study, we focus exclusively on QoL in order to highlight its importance as a positive outcome measure in dementia caregiver intervention research.

## Method

### Sample and Procedure

The present study is based on data from an RCT evaluating the effectiveness of the Tele.TAnDem intervention compared to usual care.<sup>31,42</sup> In this RCT, the extended Tele.TAnDem intervention was delivered in established care provision structures.

Family caregivers were eligible to participate if they were primarily responsible for the home-based care of a person diagnosed with at least low-grade dementia. As an effectiveness study, the study did not include any threshold of baseline scores with regard to any outcome measure as inclusion criteria but included all interested caregivers who felt burdened by the care situation and wished for (more) support. Exclusion criteria were ongoing psychotherapy, severe physical illness, or psychiatric disorder of the caregiver.

A total of 273 caregivers agreed to participate in the study. After the baseline assessment, a random number generator was used to randomly assign participants stratified by gender to either the intervention group (TEL;  $n = 139$ ) or the control group (CG;  $n = 134$ ). Caregivers' QoL was assessed at baseline (T0), postintervention (6 months after baseline, T1), and follow-up (12 months after baseline, T2). Participants were sent the questionnaires by e-mail and asked to complete them at home. In order to reduce the risk of missing data and/or dropout, data were collected through telephone interviews. The aim of the telephone interview was to be able to discuss comprehension difficulties, clarify unanswered questions, and review the questionnaires for completeness. All participants provided written consent and the trial was approved by the ethics commission of the Friedrich Schiller University Jena, Germany.

### Intervention

Participants of the CG received written information on dementia and care and were allowed to use any support available to them. TEL participants received twelve 50-minute telephone CBT sessions over 6 months. Fifteen clinical psychologists (93.34% female, age: mean [ $M$ ] = 31.47, standard deviation [ $SD$ ] = 4.17) delivered the intervention. Their mean clinical experience was 4.27 ( $SD = 3.41$ ) years. All therapists attended an 8-hour training and received regular supervision.

The main goal of the intervention was to help caregivers cope with the challenges of caregiving, such as managing behavior problems of the care recipient, managing own stressful emotions, accepting losses and unchangeable situations, and changing dysfunctional thoughts. The intervention manual incorporates CBT strategies such as cognitive restructuring, problem analysis and problem-solving along with emotion regulation strategies, psychoeducation, and strategies aimed at fostering acceptance. A number of the strategies are aimed at improving caregiver's QoL, namely, discussing how to accept help and increase use of respite services (eg, identifying and addressing barriers) as well as jointly working out the importance of self-care and (re-)activating pleasant activities. Moreover, the *activation of psychosocial resources* is included in the Tele.TAnDem intervention as a superordinate heuristic. This means that psychosocial resources are not merely addressed in one single module but are instead incorporated into every module in the form of resource-activating questions as well as in the therapeutic stance and relationship (eg, approaching caregivers as "care experts" and appreciating and validating their efforts). The term "psychosocial resources" refers to the intrapersonal



and interpersonal resources that caregivers can utilize as means for achieving motivational goals (vs the prevalent use of the term “resources” to refer to support services, sources of information, or financial resources). By activating caregivers’ psychosocial resources, the intervention helps caregivers experience themselves in terms of their strengths and positive aspects, increases their utilization of psychosocial resources, and thereby initiates an upward spiral of mastery experiences and other need-fulfilling perceptions (for more details, see the study by Töpfer and Wilz<sup>40</sup>). A more detailed description of the intervention has been published elsewhere.<sup>31</sup>

## Measures

Quality of life was assessed with the German version of the WHOQoL-BREF.<sup>43,44</sup> The measure was modified to assess participants’ QoL over the last 2 weeks. A total of 26 items were used to measure perceived QoL for the domains of *physical health* (7 items,  $\alpha = .83$ , eg, “To what extent did you feel that physical pain prevented you from doing what you needed to do?”), *psychological health* (6 items,  $\alpha = .81$ , eg, “How much did you enjoy life?”), *social relationships* (3 items,  $\alpha = .58$ , eg, “How satisfied were you with your personal relationships?”), and *environment* (8 items,  $\alpha = .72$ , eg, “How satisfied were you with the conditions of your living place?”). Finally, 2 items were combined into a score of *overall QoL and satisfaction with general health* (Overall QoL and Health; “How would you rate your quality of life?”, “How satisfied are you with your health?”;  $\alpha = .52$ ). Scores were transformed into a scale ranging from 0 to 100.

## Statistical Analyses

Descriptive analyses were conducted with IBM SPSS Statistics 22.<sup>45</sup> To identify treatment effects, we performed intention-to-treat analyses with latent change models<sup>46</sup> using MPlus Version 7.<sup>47</sup> We used latent change models to test for intervention effects because they (like all latent structural equation models) have the benefit of explicitly accounting for measurement error, can be used to test for measurement invariance, and Full Information Maximum Likelihood estimation is used to deal with missing values.

Separate models were specified for Overall QoL and Health and for each of the 4 QoL domains. In the Overall QoL and Health model, the 2 scale items were used as indicators for the latent variable. For the 4-domain models, items were aggregated into parcels according to item-to-construct balance, and the parcels were used as indicators.<sup>48</sup> As measurement invariance is necessary to conduct and interpret analyses involving longitudinal multigroup data, before analyzing intervention effects, we simultaneously tested measurement invariance levels (ie, configural, weak factorial, and strong factorial) across time and study groups. For our analyses, data had to show at least strong factorial invariance (ie, the loadings and intercepts of indicators were fixed to be equal). Partial invariance (ie, invariance of the majority of indicators with free estimation

of the variant parameters) was considered if model fit was not satisfactory. A level of invariance was deemed fulfilled if the Comparative Fit Index (CFI) difference between the more and the less restrictive model was  $\leq 0.01$ .<sup>49</sup>

Figure 1 displays the latent change model. Study group affiliation (CG = 0, TEL = 1) predicted mean latent change compared to baseline ( $\Delta T1-T0$ ;  $\Delta T2-T0$ ). Because participants were randomized stratified by gender, gender was included as a covariate at T0. The unstandardized path coefficient ( $\gamma$ ) represents the mean difference between the TEL and the CG.<sup>31,50</sup> The fixed factor method was used for scale setting. Residual covariances were specified between the indicators measured at the different time points (T0, T1, and T2). Thus, for every indicator, 3 residual covariances were estimated freely.

Model fit was evaluated using 3 goodness-of-fit indices: Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), and Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Acceptable fit is indicated by a CFI and a TLI  $\geq 0.90$  and an RMSEA  $\leq 0.08$ . Good fit is indicated by a CFI and a TLI  $\geq 0.95$ , and an RMSEA  $\leq 0.05$ .<sup>51</sup> We used Cohen’s *d* as a measure of effect size. A Cohen’s *d* of 0.20 indicates a small effect, 0.50 indicates a medium effect, and 0.80 indicates a large effect.<sup>52</sup>

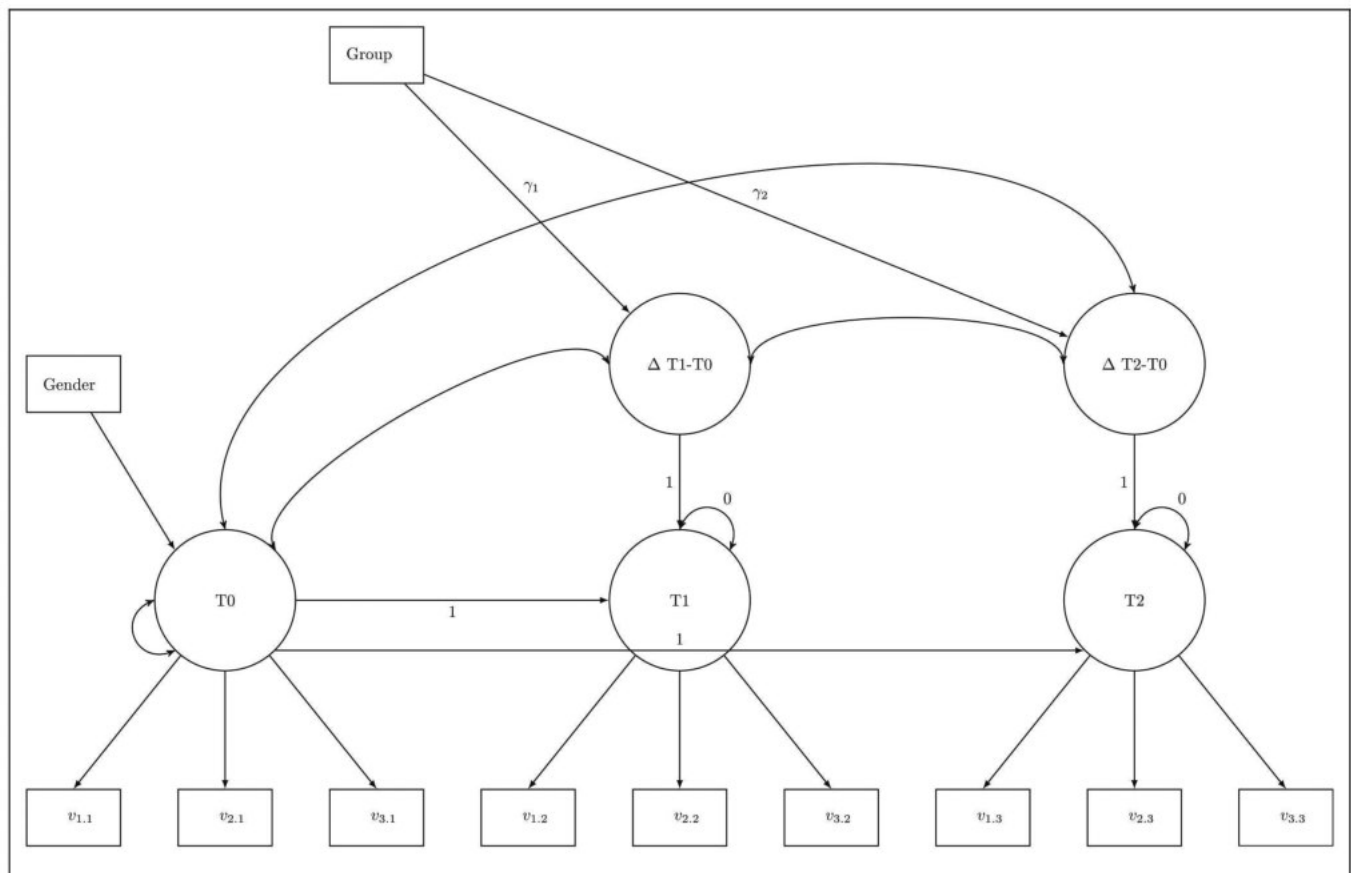
Based on previous findings that the subgroup of short-term Tele.TAnDem intervention participants still caring at home had higher QoL 2 years later compared to CG participants,<sup>41</sup> we tested whether QoL depended on care status at T1 and T2 in post hoc analyses. We included care status (ie., 0 = nursing home placement or bereavement, 1 = still caring at home) and the interactions between care status and study group as additional predictors for change in  $\Delta T1-T0$  and  $\Delta T2-T0$ , respectively, in the latent change models.

To assess the clinical significance of changes in QoL, we calculated the difference in net improvement between the TEL and the CG. First, we calculated the difference between T1 and T0 QoL for each individual caregiver. We then determined whether the caregiver *deteriorated* or *improved* based on a 0.5 SD baseline QoL criterion.<sup>21</sup> That is, if the change in QoL was smaller than  $-0.5$  SD, we classified the caregiver as deteriorated. If the change was larger than 0.5 SD, we classified the caregiver as improved. We then subtracted the number of caregivers who had deteriorated from the number of caregivers who had improved to get the net improvement for each group. Finally, we subtracted the net improvement of the CG from that of TEL and calculated the 95% confidence interval (CI) for the difference in net improvement.

## Results

### Sample Characteristics at Baseline

A detailed description of the sample has been published elsewhere.<sup>31</sup> Caregivers had a mean age of 64.10 years ( $SD = 11.04$ , range: 23-91) and were predominantly female ( $n = 220$ , 80.6%). Most caregivers were taking care of a spouse ( $n = 165$ , 60.4%) or parent with dementia ( $n = 104$ , 38.1%). On average, caregivers had been fulfilling caregiving duties for



**Figure 1.** Latent change model. T0 = baseline assessment; T1 = postintervention assessment; T2 = 6-month follow-up assessment. Reprinted from Wilz et al.<sup>31</sup> Copyright (2018) by Oxford University Press. Permission requested.

4.89 years ( $SD = 3.68$ , range: 5 months-19 years), and the majority ( $n = 218$ , 79.9%) were living with the care recipient. Care recipients had a mean age of 78.76 years ( $SD = 9.35$ , range: 44-104 years), and 51.3% ( $n = 140$ ) were female. Most care recipients had been diagnosed with Alzheimer's disease ( $n = 123$ , 45.2%), and most were in the moderate ( $n = 105$ , 38.5%) or severe ( $n = 101$ ; 37%) stages of dementia. The most frequently used in-home respite care services were in-home patient supervision ( $n = 84$ , 30.8%) and in-home care ( $n = 78$ , 28.6%); the most frequently used residential respite care services were day care ( $n = 74$ , 27.1%) and residential care groups ( $n = 36$ , 13.2%).

Compared to a community sample (CS) aged 56 to 65 years,<sup>43</sup> caregivers in the present sample had lower baseline overall QoL and health ( $M = 48.86$ ,  $SD = 17.98$ , range: 0-100, vs  $M = 63.2$ ,  $SD = 18.2$ ;  $t[272] = -13.118$ ,  $p < .001$ ), physical health ( $M = 62.42$ ,  $SD = 18.66$ , range: 7-100 vs  $M_{CS} = 72.9$ ,  $SD_{CS} = 17.4$ ;  $t[272] = -9.28$ ,  $p < .001$ ), psychological health ( $M = 55.48$ ,  $SD = 17.22$ , range: 8-100 vs  $M_{CS} = 72.8$ ,  $SD_{CS} = 16.0$ ;  $t[272] = -16.62$ ,  $p < .001$ ), and social relationships ( $M = 48.49$ ,  $SD = 19.38$ , range: 0-92 vs  $M_{CS} = 70.0$ ,  $SD_{CS} = 18.1$ ;  $t[270] = -18.27$ ,  $p < .001$ ). In contrast, our sample did not differ from the community sample with regard to environment ( $M = 69.72$ ,  $SD = 13.8$ , range: 25-97 vs  $M_{CS} = 70.7$ ,  $SD_{CS} = 14.7$ ;  $t[272] = -1.17$ ,  $p = .242$ ).

Importantly, there were no significant differences between the TEL and the CG with regard to sociodemographic characteristics, caregiving characteristics, respite care service use, or baseline QoL. Furthermore, the TEL and CG did not differ with regard to *received support* (ie, no support, personal support, professional support, or both personal and professional support), *satisfaction with received support*, or the *need for more support* (ie, personal, emotional, or professional) at baseline, nor did the groups differ with regard to changes in any of the support variables from baseline to postintervention to follow-up.

### Drop Out and Change in Care Status

A total of 36 (18 TEL and 18 CG) caregivers dropped out between T0 and T1, and another 7 caregivers (2 TEL and 5 CG) dropped out between T1 and T2 (overall drop out: 15.8%). Over the course of the one-year study duration, 27 (9.9%; 12 TEL, 14 CG) caregivers opted for nursing home placement and 45 (16.5%; 22 TEL, 23 CG) were bereaved.

### Treatment Effects

Table 1 displays the manifest QoL scores by study group at each measurement point. Strong factorial measurement

**Table 1.** Mean Quality of Life in the Intervention and Control Groups at Baseline, Postintervention, and 6-Month Follow-Up.

Domain	Group	T0		T1		T2	
		M	SD	M	SD	M	SD
Overall QoL and Health	CG	47.48	17.93	50.00	18.37	53.35	18.91
	TEL	50.18	17.99	55.58	17.75	54.20	19.55
Physical Health	CG	61.26	18.58	63.90	18.77	65.07	17.90
	TEL	63.54	18.74	68.43	16.76	65.55	16.02
Psychological Health	CG	54.12	17.12	56.81	17.39	57.91	17.91
	TEL	56.80	17.27	60.87	16.31	59.15	18.36
Social Relationships	CG	47.02	18.54	51.51	16.55	48.10	20.29
	TEL	49.91	20.12	53.89	21.55	53.75	20.08
Environment	CG	69.07	14.28	71.86	14.05	72.06	13.99
	TEL	70.35	13.35	73.29	13.69	71.77	13.19

Abbreviations: CG, control group; TEL, intervention group; QoL, quality of life.

invariance was determined for all domains, and model fits for all predictor models were satisfactory (see Table 2). Regarding *overall QoL and health*, the TEL had significantly higher scores than the CG at T1 compared to T0 ( $\gamma = .386$ ,  $P = .006$ , Cohen's  $d = .340$ ). The effect was not maintained at T2 ( $\gamma = .057$ ,  $p = .714$ , Cohen's  $d = .044$ ). Analyses for the 4 domains revealed that the TEL had significantly better physical health than the CG at T1 compared to T0 ( $\gamma = .283$ ,  $p = .006$ , Cohen's  $d = .336$ ). The TEL also had a significantly better psychological health than the CG at T1 compared to T0 ( $\gamma = .237$ ,  $p = .041$ , Cohen's  $d = .249$ ). Neither effect was maintained at T2 ( $\gamma = .019$ ,  $p = .852$ , Cohen's  $d = .023$  and  $\gamma = .053$ ,  $p = .675$ , Cohen's  $d = .051$ , respectively). There were no treatment effects regarding social relationships (T1:  $\gamma = .075$ ,  $p = .590$ , Cohen's  $d = .065$ ; T2:  $\gamma = .252$ ,  $p = .117$ , Cohen's  $d = .190$ ) or environment (T1:  $\gamma = .153$ ,  $p = .178$ , Cohen's  $d = .164$ ; T2:  $\gamma = .006$ ,  $p = .962$ , Cohen's  $d = .006$ ).

The post hoc analyses revealed no significant moderation effect of care status at T1 (*overall QoL and health*:  $\gamma = -.447$ ,  $p = .206$ , Cohen's  $d = -.0154$ ; *physical health*:  $\gamma = -.030$ ,  $p = .918$ , Cohen's  $d = -.0012$ ; *psychological health*:  $\gamma = -.082$ ,  $p = .789$ , Cohen's  $d = -.0032$ ; *social relationships*:  $\gamma = .120$ ,  $p = .734$ , Cohen's  $d = 0.041$ ; *environment*:  $\gamma = -.295$ ,  $p = .336$ , Cohen's  $d = -.0117$ ) or T2 (*overall QoL and health*:  $\gamma = -.279$ ,  $p = .361$ , Cohen's  $d = -.0110$ ; *physical health*:  $\gamma = -.278$ ,  $p = .221$ , Cohen's  $d = -.0149$ ; *psychological health*:  $\gamma = -.060$ ,  $p = .815$ , Cohen's  $d = -.0028$ ; *social relationships*:  $\gamma = -.356$ ,  $p = .262$ , Cohen's  $d = -.0136$ ; *environment*:  $\gamma = -.259$ ,  $p = .291$ , Cohen's  $d = -.0128$ ).

### Net Improvement

Table 3 displays the net improvement per group and the difference in net improvements between groups for *overall QoL and health* and each of the 4 QoL domains. Net improvement was higher in the TEL than the CG for *overall QoL and health* ( $\Delta$  percentage points = 23.8; 95% CI: 15.6 to 32.0) and the domains *physical health* ( $\Delta$  percentage points = 19.1; 95% CI: 11.8 to 26.4) and *psychological health* ( $\Delta$  percentage points =

22.4; 95% CI: 14.8 to 30.0). There was no difference in net improvement between groups for the domains *social relationships* ( $\Delta$  percentage points = 1.2; 95% CI: -6.4 to 8.8) or *environment* ( $\Delta$  percentage points = 4.6; 95% CI: -3.4 to 12.6).

### Discussion

So far, dementia caregiver intervention research has focused predominantly on caregivers' impairments and problems.<sup>5</sup> Noting that health and well-being are more, however, than just the absence of disease and suffering,<sup>6,7</sup> there is an urgent need to assess how interventions also affect levels of human flourishing and growth. In response to the call for more research on how interventions can improve caregivers' positive outcomes,<sup>5</sup> in the current study, we examined the effect of the extended Tele.TANDEM intervention on caregivers' QoL. Caregivers who enrolled in the current study reported lower baseline *overall QoL and health* as well as lower baseline *physical health*, *psychological health*, and *social relationships* than a community sample of older adults. These differences corroborate earlier findings on the negative effects of caregiving on QoL and health<sup>2,53,54</sup> and underline the importance of delivering interventions that not only target impairments but also help caregivers to maintain or improve their QoL.

After treatment, participants who received the extended Tele.TANDEM intervention reported higher *overall QoL and health* as well as higher QoL in the domains *physical health* and *psychological health* than CG participants. The net improvement in these 3 QoL domains from baseline to post-intervention was also significantly higher in the TEL than in the CG. Previous intervention studies that have also used the WHOQoL-BREF either found no effects on any of the QoL domains<sup>17</sup> or only reported findings for an overall QoL score without differentiating between distinct QoL subscales.<sup>12,36</sup> The small improvements in QoL observed in the present study are similar in magnitude to the improvements observed with other caregiver interventions and with regard to other outcomes.<sup>32</sup> The observed effects are also similar in magnitude to the effects of the extended Tele.TANDEM intervention on other outcomes (eg, symptoms of depression, well-being, and physical health symptoms)<sup>31</sup> and the effect of the short-term intervention on QoL among the subgroup of participants still caring at home 2-years later.<sup>41</sup>

Contrary to what one might expect, given the increasingly difficult caregiving situation, QoL did not decrease in the CG as indicated by mean QoL levels (see Table 1), and net deterioration in the CG was only observed for *psychological health* (see Table 3). However, a closer look at Table 3 yields that there are more than 2 times (*physical health*) or 3 times (*psychological health*) more participants with deteriorated QoL in the CG than in the TEL group. Thus, while changes in mean QoL levels appear to indicate that the intervention effectively improved caregivers' QoL, clinically significant intraindividual changes in QoL from pre- to posttest rather suggest that the intervention effectively prevented decreases in QoL. In other words, the



**Table 2.** Model Fit of the Latent Change Models for Each Quality-of-Life Domain.

Predictor model	$\chi^2$	df	P	RMSEA (90% CI)	CFI	TLI
Overall QoL and health	15.70	12	.205	0.034 (0.000-0.074)	0.993	0.984
Physical health	27.93	36	.829	<0.001 (<0.001-0.027)	>0.999	>0.999
Psychological health	69.36	36	<.001	0.058 (0.037-0.079)	0.974	0.961
Social relationships	42.72	36	.205	0.026 (<0.001-0.065)	0.991	0.986
Environment	52.90	36	.034	0.041 (0.012-0.064)	0.983	0.974

Abbreviations: CFI, comparative fit index; CI, confidence interval; QoL, quality of life; RMSEA, root mean square error of approximation; TLI, Tucker-Lewis index.

**Table 3.** Net Improvement in Quality of Life for Intervention and Control Group Participants.

Domain, n	TEL			CG			Difference in Net Improvement $\Delta$ Percentage Points (95% CI)
	Improved, n (%)	Deteriorated, n (%)	Net Improvement, n (Percentage Points)	Improved, n (%)	Deteriorated, n (%)	Net Improvement, n (Percentage Points)	
Physical health (CG = 114; TEL = 121)	37 (30.6)	13 (10.7)	24 (19.9)	33 (28.9)	32 (28.1)	1 (0.8)	19.1 (11.8 to 26.4)
Psychological (CG = 113; TEL = 121)	34 (28.1)	9 (7.4)	25 (20.7)	29 (25.7)	31 (27.4)	-2 (-1.7)	22.4 (14.8 to 30.0)
Social relationships (CG = 112; TEL = 119)	32 (26.9)	20 (16.8)	12 (10.1)	27 (24.1)	17 (15.2)	10 (8.9)	1.2 (-6.4 to 8.8)
Environment (CG = 114; TEL = 119)	35 (29.4)	19 (16.0)	16 (13.4)	32 (28.1)	22 (19.3)	10 (8.8)	4.6 (-3.4 to 12.6)
Overall QoL and health (CG = 114; TEL = 121)	51 (42.1)	20 (16.5)	31 (25.6)	37 (32.5)	35 (30.7)	2 (1.8)	23.8 (15.6 to 32.0)

Abbreviations: CG, control group; TEL, intervention group; CI, confidence interval; QoL, quality of life.

intervention appears to buffer the negative impact of caregiving on QoL. The potential buffering effect implies that the intervention is likely to have stronger effects on more severely burdened caregivers. Since the study included all interested caregivers regardless of their baseline QoL scores and not just more severely burdened caregivers, the effects reported in the present study can be regarded as conservative.

No treatment effects or differences in net improvement were observed for the QoL domains *social relationships* or *environment*. Improving the quality of social relationships depends on the functionality and availability of a social network which might take time to be (re-)established. Therefore, it might not have been possible to observe treatment effects on *social relationships* within 6 months after intervention completion. Regarding the *environment* domain, environmental issues (eg, living situation) are not the central targets of psychotherapy. Moreover, in contrast to other QoL domains, there was no indication that intervention participants had low *environment* QoL at intake. Thus, there might not have been much room for improvement in the *environment* domain.

None of the treatment effects were sustained at 6-month postintervention (ie, 1 year after baseline). The lack of sustained effects is a common result in caregiver intervention studies.<sup>32</sup> The only other study that evaluated the effects of an explicit CBT intervention on caregivers' QoL did not

include a follow-up assessment.<sup>34</sup> Three other studies found that the positive effects of other kinds of face-to-face interventions on dementia caregivers' QoL were maintained more than 1 year after baseline.<sup>12,14,16</sup> However, since the telephone setting is more accessible than face-to-face support, our sample might have included more participants with physical constraints, participants who were unable to leave the care recipient, and/or caregivers in rural areas. These are aspects that might have a mostly negative impact on dementia caregivers' QoL and should therefore be kept in mind when comparing and interpreting the current findings. Nevertheless, the lack of follow-up effects in our study is curious in light of previous findings that the short-term intervention appeared to stimulate improvements in QoL among caregivers still caring at home 2 years later.<sup>41</sup> Further investigations on potential longer term treatment effects (also depending on care status) beyond 6 months after completion of the treatment are currently underway. In order to maintain their health and QoL, it seems likely that caregivers need more continuous support and/or more or other strategies to manage the new challenges that arise as the care recipient's dementia progresses. Generalizing the acquired strategies to new situations requires profound changes in behavior and cognition that might not be reached in just 12 sessions and a longer intervention may have been more successful. "Booster sessions" have also been discussed as a potentially

helpful approach for sustaining long-term intervention effects.<sup>33</sup> Identifying the change mechanisms of interventions would be helpful for designing interventions that stimulate more sustainable, long-term effects.

A number of factors make it challenging to compare our results with previous research in greater detail. The most notable reasons are differences in intervention content, duration, intensity, and setting. One novelty of the current intervention is that it was delivered via telephone, whereas the interventions in all other studies were delivered face-to-face. Another problem is that existing intervention studies have relied on many different, often suboptimal indicators of QoL.<sup>55</sup> For example, among the studies that reported effects on dementia caregivers' QoL, QoL was measured rather roughly, using for example scales with just 3 items<sup>16</sup> or scales that assess just one domain.<sup>13,14</sup> One other study<sup>12</sup> reported findings for an overall QoL score but did not differentiate findings for distinct QoL subscales. Other studies have used screening instruments for mental disorders (eg, GHQ-12/-28)<sup>34</sup> or measures that comprise both positive and negative outcomes as indicators of QoL.<sup>21</sup> A third problem is that studies on the effects of interventions on caregivers' QoL seldom report effect sizes.<sup>12-15</sup> However, as noted earlier, the effect sizes observed in the current study are similar to the effect sizes generally observed in psychosocial intervention research in dementia care.<sup>32</sup>

The current study adds to previous evidence regarding the effectiveness of the extended Tele.TAnDem intervention. Previous evaluations found that the extended Tele.TAnDem intervention also led to significant improvements in dementia caregivers' well-being, depression, physical health symptoms, and coping with the care situation as well as the behavior of the care recipient at postintervention; the treatment effects on well-being and coping were maintained at the 6-month follow-up.<sup>31</sup> The extended intervention also successfully fostered caregivers' coping with loss and reduced burden of predeath grief<sup>39</sup> as well as successfully increased dementia caregivers' utilization of their psychosocial resources related to well-being and coping with daily hassles.<sup>40</sup> As typical in dementia caregiver intervention research,<sup>5</sup> previous evaluations have primarily focused on negative outcomes. The current results now allow us to conclude that the intervention can both reduce impairments and foster improvements in health-related QoL.

The results also add to the scarce body of research on the effectiveness of interventions on dementia caregivers' QoL more generally. So far, improvements in caregivers' QoL have been observed for participants of an individual occupational therapy intervention,<sup>22,23</sup> a number of multicomponent psychoeducational interventions,<sup>12,15,16</sup> and a blended intervention combining elements of psychoeducation and CBT elements.<sup>13,14</sup> One found that a CBT intervention delivered in a group setting had medium-sized effects on mental health and a small-sized effect, albeit not statistically significant, on QoL ( $d = .39$ ).<sup>34</sup> Thus, the present study extends the effectiveness of CBT interventions on QoL to the individual telephone-based delivery format and might even raise the question whether

individual CBT sessions may be more effective than face-to-face group CBT sessions for improving caregivers' QoL.

Given that previous research has been characterized by diverse interventions, varied outcome measures, and inconsistent findings, insight into intervention effects on dementia caregivers' QoL cannot be gained through comparing and contrasting empirical findings alone. Additional theoretical considerations of *how* an intervention may have stimulated improvements in specific dimensions of QoL are also indispensable. Conceptual models of caregiving distinguish between negative appraisals leading to negative outcomes (eg, distress, negative affect, depression) and positive appraisals leading to positive outcomes (eg, satisfaction, positive affect, gain), most likely through interrelated pathways.<sup>55</sup> In turn, both negative and positive outcomes are associated with health-related QoL. Accordingly, Tele.TAnDem focuses on attenuating negative appraisals and enhancing positive appraisals. Standard CBT strategies such as modifying dysfunctional thoughts (eg, perfectionism in care or guilt as a barrier to using support) and behavioral activation (eg, demonstrating the link between positive activities and mood, creating lists of health-promoting activities, planning activities, and promoting their implementation) are deemed particularly suitable in this regard. Modifying dysfunctional thoughts and behavioral activation were also identified as mechanisms through which CBT exerts its effect on dementia caregivers' depressive symptomatology in one of the rare studies addressing mediating pathways.<sup>56</sup>

With regard to enhancing positive appraisals, one particularity of Tele.TAnDem is that it incorporates resource activation as a superordinate intervention heuristic (for a detailed description, see the study by Töpfer and Wilz<sup>40</sup>). The focus on dementia caregivers' strengths and psychosocial resources allows them to experience themselves as functional and competent. Thereby, instead of becoming passive and demoralized, caregivers find themselves in an upward spiral including positive emotions, feelings of self-efficacy, positive reinterpretations of problems, and a proactive use of existing psychosocial resources. Tele.TAnDem has been shown to significantly increase dementia caregivers' utilization of resources related to well-being and coping with daily hassles as an indicator of successful resource activation.<sup>40</sup> Thus, resource activation may be a promising candidate for sparking a positive appraisal pathway leading to increased health-related QoL.

Coen et al<sup>57</sup> found that "time for self" was one of only 2 QoL factors (alongside "finances") that distinguished low-burden from high-burden dementia caregivers. In light of these results, one might be tempted to conclude that it would suffice to increase dementia caregivers' access to respite care services as opposed to conducting CBT in order to improve their QoL. However, evidence suggests that service availability and affordability are not, in fact, major impediments to service use.<sup>58</sup> Thus, merely increasing "time for self" through respite services seems to be insufficient for improving caregivers' QoL. Rather, interventions also need to target how caregivers subjectively appraise and use their time. Based on our own experience, we believe that interventions that target the



psychological aspects of accepting help, recognizing the importance of self-care, and (re-)activating pleasant activities are likely to be most effective for helping dementia caregivers improve their QoL.

### Limitations

Based on expert opinion,<sup>8,44</sup> we used the WHOQoL-BREF as a measure of QoL in the current study. A clear advantage of the WHOQoL-BREF is that it assesses a number of domains that allowed us to investigate specific treatment effects and detect differences across domains. However, the internal consistencies for *overall QoL and health* and the domain *social relationships* were not satisfactory, potentially indicating substantial measurement error. It should be kept in mind, however, that latent change models are able to separate measurement error from the latent construct of interest. Thus, the results reported here have been adjusted for measurement error. Nevertheless, a reevaluation of the psychometric qualities of the WHOQoL-BREF in caregiver populations seems necessary, especially given that few dementia caregiver studies have reported the internal consistencies of the WHOQoL-BREF subscales.

In this study, we aimed to evaluate the effectiveness of the intervention within existing care provision structures. We therefore prioritized external over internal validity. As such, the study did not include an active control condition, and low baseline QoL was not a requirement for participation. It cannot be ruled out that the current results are not specific to CBT specifically but rather an effect of personal attention more generally. Given that a previous efficacy trial demonstrated the superior effectiveness of the short-term Tele.TAnDem intervention over a relaxation training,<sup>37</sup> we find this alternative explanation unlikely.

Furthermore, we cannot conclude that the telephone CBT intervention was more (cost) effective than a face-to-face CBT intervention. Originally, a third group with a face-to-face CBT intervention was planned.<sup>42</sup> However, soon after starting recruitment, it became evident that only a limited number of caregivers could regularly attend face-to-face sessions, for example, because they lacked access to alternative supervision for the care recipient. We therefore decided to continue the face-to-face condition as a nonrandomized condition (for more details see the study by Wilz et al<sup>31</sup>). In the present study, we focused only on the 2 randomized groups in keeping with the standards for evaluating the effectiveness of an intervention. A comparison between the nonrandomized face-to-face condition and the telephone condition is currently underway.

Although baseline QoL was generally low in the sample as a whole, some caregivers reported satisfactory or even high QoL at baseline. Thus, there might not have been much room for improvement following treatment for a portion of the sample, resulting in a loss of statistical power to detect change.<sup>59</sup>

The observed increases in QoL (and some other outcome measures)<sup>31</sup> in the CG require explanation, although the percentages of CG participants with clinically significant increases in QoL in our study (24.1%-32.5%, see Table 3) are

within the range observed in previous studies including an evaluation of a CBT group intervention<sup>34</sup> (10%-28.6%) and an evaluation of the REACH intervention<sup>21</sup> (white or caucasian caregivers: 25.6%-41.9%). Potentially, the data collection procedure (ie, telephone interviews) may have affected participants' QoL ratings. When participants voiced their concerns and feelings, interviewers made an effort to keep the focus on the assessment, but it would have been unethical not to respond empathetically. The experience of speaking with an empathetic listener during the telephone interviews might have improved participants' mood and thereby positively affected how they rated their QoL, thus disguising true decreases in QoL in the CG group and hence true differences between the TEL and CG. It is therefore possible that a different data collection procedure would have revealed larger treatment effects.

### Conclusion and Outlook

Including positive outcomes such as QoL in dementia caregiver intervention research can provide a more complete picture of how interventions affect caregivers' health and well-being as well as provide important insights about how interventions can help caregivers flourish in the face of adversity. The present study provides evidence that a telephone-based CBT intervention can improve dementia caregivers' health-related QoL. Suggestions for future research include identifying the mechanisms through which dementia caregiver interventions increase QoL (eg, through increasing dementia caregiver's utilization of psychosocial resources) and addressing how intervention effects can be sustained.

### Authors' Note

This study has been registered under German Clinical Trials Register DRKS00006355, URL: <http://www.drks.de/DRKS00006355>.

### Acknowledgments

The authors wish to thank Sabine Jansen and Bianca Broda from the German Alzheimer's Association for their contribution to the study organization and participant recruitment. The authors thank Graduate Psychologists Kathi Albrecht and Tanja Kalytta along with Anna Machmer, MSc, Christina Reiter, MSc, Denise Schinköthe, MSc, and Lisette Weise, MSc, for their contribution to study organization and data collection. The authors thank Graduate Psychologists Beate Czerwon, Lydia Franke, Katharina Grams, Ruth Haferkamp, Friederike Huget, Marie Jüngst, Franka Möllmann-Hofman, Silvana Polotzek, Tamara Thurn, Michael Wenz, Katharina Wurm, and Johanna Zimmer for delivering the intervention. The authors thank all family caregivers who participated in the study. The authors kindly acknowledge Dr Catherine E. Bowen for editing the manuscript and for providing helpful feedback.

### Declaration of Conflicting Interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

## Funding

The authors disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This work was supported by the German Federal Ministry of Health (Grant IIA5-2512FSB555).

## ORCID iD

Franziska Meichsner  <https://orcid.org/0000-0002-7227-1905>

## References

1. Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer report 2015*. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2015. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>.
2. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2003;18(2):250-267.
3. Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia - Prevalence, health effects, and support strategies. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12(3):240-249.
4. Vandepitte S, Van Den Noortgate N, Putman K, Verhaeghe S, Faes K, Annemans L. Effectiveness of supporting informal caregivers of people with dementia: a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *J Alzheimers Dis*. 2016;52(3):929-965.
5. Stansfeld J, Stoner CR, Wenborn J, Vernooij-Dassen M, Moniz-Cook E, Orrell M. Positive psychology outcome measures for family caregivers of people living with dementia: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(8):1281-1296.
6. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2014.
7. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychol*. 2000;55(1):5-14.
8. Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M, Woods R, et al. A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging Ment Health*. 2008;12(1):14-29.
9. Charlesworth G, Shepstone L, Wilson E, Thalanany M, Mugford M, Poland F. Does befriending by trained lay workers improve psychological well-being and quality of life for carers of people with dementia, and at what cost? A randomised controlled trial. *Health Technol Assess*. 2008;12(4):1-78.
10. Joling KJ, van Marwijk HWJ, Smit F, et al. Does a family meetings intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PLOS ONE*. 2012;7(1):e30936.
11. Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, et al. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care. *Ann Intern Med*. 2006;145(10):713-713.
12. Chien WT, Lee IYM. Randomized controlled trial of a dementia care programme for families of home-resided older people with dementia. *J Adv Nurs*. 2011;67(4):774-787.
13. Livingston G, Barber J, Rapaport P, et al. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STRategies for Relatives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;347:f6276.
14. Livingston G, Barber J, Rapaport P, et al. Long-term clinical and cost-effectiveness of psychological intervention for family carers of people with dementia: a single-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(7):539-548.
15. Martín-Carrasco M, Martín MF, Valero CP, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's Disease patients' caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(5):489-499.
16. Mittelman MS, Roth DL, Clay OJ, Haley WE. Preserving health of Alzheimer caregivers: impact of a spouse caregiver intervention. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(9):780-789.
17. Gavrilova SI, Ferri CP, Mikhaylova N, Sokolova O, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(4):347-354.
18. Martín-Carrasco M, Domínguez-Panchón AI, González-Fraile E, Muñoz-Hermoso P, Ballesteros J. Effectiveness of a psychoeducational intervention group program in the reduction of the burden experienced by caregivers of patients with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2014;28(1):79-87.
19. Phung KTT, Waldorff FB, Buss DV, et al. A three-year follow-up on the efficacy of psychosocial interventions for patients with mild dementia and their caregivers: the multicentre, rater-blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ Open*. 2013;3(11):e003584.
20. Waldorff FB, Buss DV, Eckermann A, et al. Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: the multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ*. 2012;345:e4693.
21. Belle SH, Burgio L, Burns R, et al. Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2006;145(10):727-738.
22. Gitlin LN, Hodgson N, Jutkowitz E, Pizzi L. The cost-effectiveness of a nonpharmacologic intervention for individuals with dementia and family caregivers: the Tailored Activity Program. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(6):510-519.
23. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, OldeRikkert MGM. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;62(9):1002-1009.
24. Woods RT, Bruce E, Edwards RT, et al. REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers - effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial. *Health Technol Assess*. 2012;16(48):1-116.
25. Maayan N, Soares-Weiser K, Lee H. Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(1):CD004396.
26. Zank S, Schacke C. Evaluation of geriatric day care units: effects on patients and caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci: The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 2002;57(4): P348-P357.
27. Drees RM, Breebaart E, Meiland FJ, Van Tilburg W, Mellenbergh GJ. Effect of Meeting Centres Support Program on feelings of competence of family carers and delay of institutionalization of people with dementia. *Aging Ment Health*. 2004;8(3):201-211.

28. Korn L, Logsdon RG, Polissar NL, Gomez-Beloz A, Waters T, R  yser R. A randomized trial of a CAM therapy for stress reduction in American Indian and Alaskan Native family caregivers. *Gerontologist*. 2009;49(3):368-377.
29. Gallagher-Thompson D, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol Aging*. 2007;22(1):37-51.
30. Elvish R, Lever SJ, Johnstone J, Cawley R, Keady J. Psychological interventions for carers of people with dementia: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Couns Psychother Res*. 2013;13(2):106-125.
31. Wilz G, Reder M, Meichsner F, Soellner R. The Tele.TAnDem intervention: telephone-based CBT for family caregivers of people with dementia. *Gerontologist*. 2018;58(2):e118-e129.
32. Pinquart M, S  rensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr*. 2006;18(4):577-595.
33. Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R, Mausbach BT, Lopez J, Fernández-Fernández V. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(4):760-772.
34. Rodriguez-Sanchez E, Patino-Alonso MC, Mora-Simón S, et al. Effects of a psychological intervention in a primary health care center for caregivers of dependent relatives: a randomized trial. *Gerontologist*. 2013;53(3):397-406.
35. Hopkinson MD, Reavell J, Lane DA, Mallikarjun P. Cognitive behavioral therapy for depression, anxiety, and stress in caregivers of dementia patients: a systematic review and meta-analysis. *Gerontologist*. 2018. doi: 10.1093/geront/gnx217.
36. Kamkhagi D, Costa ACO, Kusminsky S, et al. Benefits of psychodynamic group therapy on depression, burden and quality of life of family caregivers to Alzheimer's disease patients. *Rev Psiquiatr Cl  n*. 2015;42(6):157-160.
37. Wilz G, Soellner R. Evaluation of a short-term telephone-based cognitive behavioral intervention for dementia family caregivers. *Clin Gerontol*. 2016;39(1):25-47.
38. Tremont G, Davis JD, Bishop DS, Fortinsky RH. Telephone-delivered psychosocial intervention reduces burden in dementia caregivers. *Dementia*. 2008;7(4):503-520.
39. Meichsner F, Wilz G. Dementia caregivers' coping with pre-death grief: effects of a CBT-based intervention. *Aging Ment Health*. 2018;22(2):218-225.
40. Töpfer NF, Wilz G. Tele.TAnDem increases the psychosocial resource utilization of dementia caregivers. *GeroPsych*. 2018; 31(4):173-183.
41. Wilz G, Meichsner F, Soellner R. Are psychotherapeutic effects on family caregivers of people with dementia sustainable? Two-year long-term effects of a telephone-based cognitive behavioral intervention. *Aging Ment Health*. 2017;21(7):774-781.
42. Soellner R, Reder M, Machmer A, Holle R, Wilz G. The Tele.TAnDem intervention: study protocol for a psychotherapeutic intervention for family caregivers of people with dementia. *BMC Nurs*. 2015;14(1):1-6.
43. Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H. *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität [WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. Handbook for the German Version of the WHO Instruments for the International Assessment of Quality of Life]*. Göttingen, Germany: Hogrefe; 2000.
44. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life assessment. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-558.
45. IBM SPSS Statistics for Windows [computer program]. Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2013.
46. Geiser C. *Data Analysis with MPlus*. New York, NY: Guilford Press; 2012.
47. Muthén LK, Muthén BO. *MPlus User's Guide*. 7th ed. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 2012.
48. Little TD, Rhemtulla M, Gibson K, Schoemann AM. Why the items versus parcels controversy needn't be one. *Psychol Methods*. 2013;18(3):285-300.
49. Cheung GW, Rensvold RB. Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Struct Equ Modeling*. 2002; 9(2):233-255.
50. Werheid K, Kohncke Y, Ziegler M, Kurz A. Latent change score modeling as a method for analyzing the antidepressant effect of a psychosocial intervention in Alzheimer's disease. *Psychother Psychosom*. 2015;84(3):159-166.
51. Little TD. *Longitudinal Structural Equation Modeling*. New York, NY: Guilford Press; 2013.
52. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
53. Farina N, Page TE, Daley S, et al. Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: a systematic review. *Alzheimers Dement*. 2017;13(5):572-581.
54. Takahashi M, Tanaka K, Miyaoka H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(4): 473-480.
55. Crellin NE, Orrell M, McDermott O, Charlesworth G. Self-efficacy and health-related quality of life in family carers of people with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2014; 18(8):954-969.
56. Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R. Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(11): 1119-1127.
57. Coen RF, O'Boyle CA, Coakley D, Lawlor BA. Individual quality of life factors distinguishing low-burden and high-burden caregivers of dementia patients. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2002; 13(3):164-170.
58. Brodaty H, Thomson C, Thompson C, Fine M. Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(6):537-546.
59. Zarit SH, Femia EE. A future for family care and dementia intervention research? Challenges and strategies. *Aging Ment Health*. 2008;12(1):5-13.



**Studie 3:**

**Increases in Utilization of Psychosocial Resources  
Mediate Effects of Cognitive-Behavioural Intervention  
on Dementia Caregivers' Quality of Life**

Status:

Das Manuskript ist in *The Journal of Positive Psychology*  
zur Veröffentlichung eingereicht und aktuell under review .

Manuscript ID: RPOS-2019-0120

Literaturangabe:

Töpfer, N. F., & Wilz, G. (under review). Increases in utilization of psychosocial resources mediate effects of cognitive-behavioural intervention on dementia caregivers' quality of life.

*The Journal of Positive Psychology.*



# **Increases in Utilization of Psychosocial Resources Mediate Effects of Cognitive-Behavioural Intervention on Dementia Caregivers' Quality of Life**

Nils F. Töpfer<sup>a\*</sup> and Gabriele Wilz<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Department of Counselling and Clinical Intervention, Institute of Psychology, Friedrich-Schiller-University Jena, Jena, Germany*

Nils F. Töpfer, Department of Counselling and Clinical Intervention, Institute of Psychology, Friedrich-Schiller-University Jena, Humboldtstr. 11, D-07743 Jena, Germany.  
e-mail: nils.toepfer@uni-jena.de

## **Acknowledgements**

The authors would like to thank Dr. Catherine E. Bowen for editing the manuscript. We gratefully acknowledge Dr. Franziska Meichsner for providing constructive comments on earlier versions of this manuscript and Prof. Dr. Renate Soellner, Maren Reder and Anna Machmer at our cooperating institution, the University of Hildesheim, for their contributions to the RCT on which the current study is based. We also wish to thank the therapists who delivered the Tele.TAnDem intervention and the family caregivers who participated in the study.

## **Declaration of Interest Statement**

This work was supported by the German Federal Ministry of Health [grant number IIA5-2512FSB555]. The funding source was neither involved in study design nor in the collection, analysis or interpretation of data. The authors declare no conflicts of interest.

## **Data Availability Statement**

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author, NFT, upon reasonable request.

## **Increases in Utilization of Psychosocial Resources Mediate Effects of Cognitive-Behavioural Intervention on Dementia Caregivers' Quality of Life**

In this study we advance dementia caregiver intervention research by drawing on the tenets of positive psychology. Specifically, we investigate the mediating mechanisms of a cognitive-behavioural intervention incorporating resource activation as a superordinate, strength-based heuristic on dementia caregivers' quality of life (QoL). QoL captures the full spectrum of human functioning (i.e. not just the absence of suffering). We examine the utilization of resources related to well-being (i.e. enhancing positive experiences) and coping with daily hassles (i.e. reducing negative experiences) as two distinct potential mechanisms. 273 dementia caregivers were randomly assigned to the intervention ( $n = 139$ ) or control group ( $n = 134$ ). Multiple mediation analyses indicated that increases in the utilization of resources related to well-being and coping with daily hassles mediated increases in caregivers' psychological, physical and overall QoL & health. (Re-)activating resources from both domains appears to be more effective than focusing on just one domain.

*Keywords:* dementia; caregivers; intervention; cognitive-behavioral therapy; resource activation; quality of life; health; change mechanism; mediation

### **Introduction**

Health care systems worldwide rely heavily on family members to care for people with dementia. The negative impact of caring for a relative with dementia on health and well-being is well-documented: It has been shown, for example, that dementia caregivers report higher levels of stress, depressive symptoms and anxiety, and lower levels of subjective well-being and self-efficacy (for a review, see Sörensen, Duberstein, Gill, & Pinquart, 2006). Interventions that help caregivers maintain a sense of well-being are thus much needed. While a number of caregiver interventions do appear to be effective (Vandepitte et al., 2016), to date most intervention research has been focused on whether as



opposed to *how* interventions work. Hence, little is known about the mechanisms which mediate the effects of successful interventions.

Inspired by the tenets of positive psychology and based on resource activation as an important mechanism of change in psychotherapy (Grawe, 2004), in the current study we simultaneously investigate the extent to which increases in the utilization of resources related to well-being and the utilization of resources related to coping with daily hassles each mediate the effect of a cognitive-behavioural intervention on dementia caregivers' quality of life (QoL). Our study therefore advances dementia caregiver research by adding to the scant evidence about the mediating mechanisms of effective dementia caregiver interventions and by investigating how interventions can not only reduce suffering but also help to optimize caregivers' well-being.

### ***Previous Research on the Mediating Mechanisms of Dementia Caregiver Interventions***

Mediation analyses contribute to the design of effective and efficient interventions by providing information about how interventions work. So far, however, just a handful of studies have identified the mechanisms underlying different effective dementia caregiver interventions. Two studies suggest that changes in dysfunctional thoughts mediate the effect of cognitive-behavioural group interventions on caregivers' depressive symptomatology (Losada, Márquez-González, & Romero-Moreno, 2011; Márquez-González, Losada, Izal, Pérez-Rajo, & Montorio, 2007). Two other studies found evidence of mediators related to coping and stress: increased emotion-focused coping mediated the effects of a manualized coping skills intervention on psychological morbidity in the subgroup of highly stressed caregivers (Li et al., 2014), while changes in satisfaction with social support mediated the effects of an intervention on depression both directly as well as

indirectly via improving caregivers' stress appraisals (Roth, Mittelman, Clay, Madan, & Haley, 2005). Two studies found that changes in self-efficacy for controlling upsetting thoughts mediated the effects of two psychoeducational and skill trainings on caregivers' anger, hostility and depression (Coon, Thompson, Steffen, Sorocco, & Gallagher-Thompson, 2003) as well as the effects of a benefit-finding intervention program on burden, role overload and psychological well-being (Cheng, Fung, Chan, & Lam, 2016). Finally, there is also some evidence that changes in the gains associated with caregiving (Cheng et al., 2016) and leisure activities (Losada et al. 2011) mediated the effects of different interventions on caregivers' depressive symptoms.

Taken together, results from the limited body of existing mediation research suggest that decreases in distress via a reduction in dysfunctional thoughts and increased coping resources (e.g. emotion-focused coping as well as social support) as well as increases in caregivers' positive feelings about themselves and the caregiving situation (e.g. self-efficacy, caregiving gains, leisure activities) mediate the role of diverse interventions on caregivers' symptoms and complaints. To date, however, most studies have focused exclusively on distress-reducing mediators, while just two have investigated gain-enhancing mediators (Cheng et al. 2016, Losada et al. 2011), and no study has examined the effects of different multiple potential mechanisms at the same time. It is also important to note that so far just one study has investigated mechanisms mediating the effect of a dementia caregiver intervention on a *positive* outcome measure (i.e. an indicator that captures also optimal levels of functioning such as psychological well-being; Cheng et al., 2016). In sum, little is therefore currently known about how interventions can not only reduce caregivers' suffering but also optimize their well-being, nor about the extent to

which different mediators may operate simultaneously or whether particular mechanisms are more important than others.

### ***Drawing on Positive Psychology to Advance Dementia Caregiver Intervention Research***

In the current study we draw on the tenets of positive psychology in order to advance dementia caregiver intervention research and to better understand the mediating mechanisms of caregiver interventions in particular. The basic tenets of positive psychology include that optimal human functioning is more than just the absence of suffering, and furthermore, that optimizing functioning and reducing suffering are distinct processes (e.g. Lopez, Snyder, & Rasmussen, 2003). So far, the tenets of positive psychology have only slowly found their way into dementia caregiver intervention research, leading to a call for intervention researchers to apply ideas from positive psychology to their work (Stansfeld et al., 2017).

Applying the tenets of positive psychology to dementia caregiver intervention research first entails considering outcomes which capture the full spectrum of human functioning, and not just indicators of suffering and disease: Interventions should not only reduce distress but also help caregivers to achieve more optimal levels of well-being (cf. Keyes, Fredrickson and Park, 2012). To date, however, the majority of caregiver studies have conceptualized and measured intervention success based primarily on the extent to which the intervention reduces caregivers' symptoms, problems and distress (Stansfeld et al., 2017).

The tenets of positive psychology also imply that it is important to distinguish between the distinct processes of reducing caregivers' distress and enhancing caregivers' positive experiences. Since caregiving demands are ever-changing and new, unfamiliar

tasks are constantly evolving for dementia caregivers in the process of the care recipients' progressive and degenerative disease, one critical goal of caregiver interventions is to improve caregivers' ability to cope with daily challenges, that is, to help reduce the distress of the caregiving situation (e.g. Papastavrou et al., 2011). Another important and *conceptually distinct* goal of interventions is also to enhance caregivers' opportunities for pleasurable experiences because dementia caregivers often commonly reduce self-care, leisure and health-promoting activities (Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt, & Schulz, 1999), and reduced leisure in turn negatively impacts physical and mental health (for an overview, see Schüz et al., 2015).

Consistent with the idea that reducing distress and enhancing pleasure comprise two distinct pathways, dementia caregiver research has increasingly drawn on two-process or two-factor models which assume that negative pathways lead to 'negative' outcomes (i.e. outcomes related to suffering) while positive pathways lead to 'positive' outcomes (Crellin et al., 2014; Lawton, Moss, Kleban, Glicksman, & Rovine, 1991). The findings of a meta-analysis provide evidence that congruent effects (e.g. the association between positive aspects of caring and positive dimensions of well-being) are stronger than crossover effects (e.g. the association between negative aspects of caring and positive dimensions of well-being) (Pinquart & Sörensen, 2004). Although research suggests that positive and negative pathways are likely to be interrelated rather than completely independent (Crellin et al., 2014; Pinquart & Sörensen, 2004), little is therefore currently known about the relative extent to which distress-reducing and pleasure-enhancing mechanisms each contribute to the effects of interventions on caregivers' well-being.

***Exploring the Mechanisms Underlying the Tele.TAnDem Intervention: Resource Activation and Utilization***

Tele.TAnDem is a telephone-based cognitive-behavioural intervention for dementia caregivers. A previous evaluation based on data from a random controlled trial (RCT) demonstrated that Tele.TAnDem improves three dimensions of dementia caregivers' QoL (Meichsner, Töpfer, Reder, Soellner, & Wilz, 2019). QoL is defined as 'individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns' (The WHOQOL Group, 1995, p. 1405). Consistent with the positive psychological approach, QoL captures the full spectrum of individuals' well-being (i.e. from dysfunctional to optimal), as opposed to just the presence/ absence of suffering. Experts have identified dementia caregivers' QoL as an important outcome for psychosocial intervention research (Moniz-Cook et al., 2008). Tele.TAnDem has been shown to improve three dimensions of caregivers' QoL: namely psychological health, physical health and overall QoL and satisfaction with general health (overall QoL & health) (Meichsner, Töpfer et al., 2019).

To date, it is unknown which mechanism(s) mediate the effect of the Tele.TAnDem intervention on caregivers' QoL. Theoretically, the Tele.TAnDem intervention is based on *resource activation* as an important mechanism of change in psychotherapy (Grawe, 2004). Resource activation entails helping people to recognize and experience all of their intrapersonal and interpersonal assets (e.g., their successes, abilities, positive feelings about the self and others) with regard to different domains of functioning. Resource activation helps to activate a participant's approach system (versus defence/ avoidance system), which helps increase their receptiveness for various therapeutic interventions. Resource activation also initiates an upward spiral: by experiencing themselves as functional and competent in

certain aspects of life, participants experience more positive emotions and feelings of self-efficacy, positively reinterpret problems and formulate positive expectations for change, increase their utilization of the psychosocial resources at their disposal, and thereby the extent to which they are able to realize their motivational goals (Grawe, 2004). Ultimately, resource activation is thought to help reduce participants' symptoms and complaints as well as help participants reach more optimal levels of functioning and flourishing. Grawe (1997) went so far as to describe resource activation as 'the alpha and omega of effective therapy' and 'the actual motor that drives the therapeutic endeavor' (p. 6), since the other mechanisms of change in psychotherapy (mastery/ coping, clarification of meaning, problem actuation) would remain inert in the absence of such a positive therapeutic context for learning and change (see also Grawe, 2004).

To the best of our knowledge, Tele.TAnDem is the first and only intervention for dementia caregivers which explicitly incorporates resource activation as an instrument for change (Wilz, Schinköthe, & Kalytta, 2015). We have previously provided evidence that dementia caregivers who participated in the Tele.TAnDem intervention utilized more resources related to well-being and also more resources related to coping with daily hassles at post-test compared to the control group, indicating that Tele.TAnDem can successfully help activate caregivers' resources in different domains (Töpfer & Wilz, 2018). The theoretical importance of resource activation as a mechanism of change in psychotherapy and the observed increases in the utilization of resources suggest that increased utilization of resources related to both well-being and coping with daily hassles may mediate the effects of the Tele.TAnDem intervention on caregivers' QoL.

### ***Research Objective***

Building on previous research on the mediating mechanisms of dementia caregiver interventions and previous evaluations of the Tele.TAnDem intervention (Meichsner, Töpfer et al., 2019; Töpfer & Wilz, 2018), in the current study we investigated whether increases in the utilization of psychosocial resources related to well-being and resources related to coping with daily hassles mediated the treatment effects of the Tele.TAnDem intervention on dementia caregivers' psychological health, physical health and overall QoL & health. In line with the tenets of positive psychology regarding the independence of distress-reducing and pleasure-enhancing processes (e.g. Lopez, Snyder, & Rasmussen, 2003), we hypothesized that each mediator would make a unique contribution to explaining the effects of the intervention on different dimensions of caregivers' QoL.

### **Methods**

Our investigation was based on data from a RCT in Germany which compared an intervention group of in-home family caregivers of persons with dementia with a control group. The primary research objective of the RCT was to investigate whether telephone-based cognitive-behavioural therapy (CBT) implemented in established care provision structures improved caregivers' physical and mental health compared to usual care (Soellner, Reder, Machmer, Holle, & Wilz, 2015; Wilz, Reder, Meichsner, & Soellner, 2018).

### ***Sample***

A total of  $N = 273$  caregivers was recruited nationwide via newspapers, cooperating institutions and a project homepage. Inclusion criteria were that caregivers had to be the

primary care provider of a person diagnosed with at least low-grade dementia. Caregivers who planned to institutionalize the person with dementia within the next six months, received ongoing psychotherapeutic treatment or had severe physical, mental or psychiatric impairments were excluded. Ethical approval was obtained from the Ethics Commission of the Friedrich-Schiller-University Jena and all participants provided written informed consent.

### ***Procedure***

At baseline, study participants completed questionnaires about their sociodemographic and caregiving characteristics, their utilization of psychosocial resources and QoL. After the baseline assessment, participants were randomly assigned to either the intervention group (IG;  $n = 139$ ) or the control group (CG;  $n = 134$ ). Participants in the CG received written information materials on dementia and caregiving and received 40€ as financial compensation. At the end of the intervention period, participants once again completed questionnaires about their psychosocial resource utilization and QoL.

### ***Intervention***

Caregivers in the IG received the Tele.TAnDem intervention which consisted of 12 50-minute individual therapy sessions delivered via telephone over the course of six months. Experienced cognitive-behavioural therapists delivered the intervention based on a detailed manual (Wilz et al., 2015). The manual consists of ten therapy modules: 1) basic elements (e.g. establishing therapeutic alliance), 2) problem analysis, 3) psychoeducation, 4) strengthening problem solving abilities, 5) changing dysfunctional cognitions, 6) increasing the use of informal and/ or professional care support, 7) coping with change,



grief and loss, 8) self-care and creating valued activities, 9) stress-management and emotion regulation strategies, and 10) evaluation of the achieved changes. The manual incorporates resource activation as a superordinate heuristic and includes a number of content-related as well as process-related resource activation strategies within each module. *Content-related resource activation strategies* consist of resource-activating questions focused on caregivers' resources and competencies as well as additional suggestions for how to directly address resources within the intervention modules. For example, in the module 'changing dysfunctional cognitions', the manual provides therapists with specific questions to ask participants in order to promote the development of alternative, helpful evaluations and attitudes through guided self-discovery ( '*Have you ever mastered a similarly difficult situation? How did you manage it?*' ). As a further example, in the module 'self-care and creating valued activities', the manual advises therapists to discuss with the participant which possibilities for self-care already exist and which valued activities can be (re-)activated ( '*What has been important to you/ has given you strength in the past?*' ). The intervention manual also describes a number of *process-related resource activation strategies*. The manual, for example, encourages therapists to develop a complementary relationship (Grawe, 2004) with the caregiver which entails identifying the caregiver's most important relational schemata and motivational goals and tailoring the therapeutic relationship so that it fulfils the caregiver's own, individual needs. Moreover, therapists are instructed to approach the caregivers as 'care experts' and explicitly appreciate and validate their efforts. Thus, the manual encourages therapists to shift the focus away from caregivers' failures and shortcomings toward their successes and competencies (for more details, see Töpfer & Wilz, 2018).

### ***Instruments***

#### *Utilization of Psychosocial Resources*

Dementia caregivers' utilization of psychosocial resources related to well-being and coping with daily hassles was measured using The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia (Töpfer & Wilz, 2018). The questionnaire is an adapted version of The Psychosocial Resource Utilization Questionnaire (Trösken & Grawe, 2003; Trösken, 2002) which is based on Grawe's (2004) consistency theory and designed to assess the utilization of psychosocial resources in theoretically-derived domains (i.e. resources are grouped according to the motivational goals they can help dementia caregivers achieve). Based on the previous finding that Tele.TAnDem successfully activated dementia caregivers' psychosocial resources related to well-being and coping with daily hassles (Töpfer & Wilz, 2018), the utilization of resources in these two domains were tested as mediating mechanisms in the present study. Participants were asked to rate on a 5-point scale (1= never, 5 = very often) the frequency with which they had utilized each resource (e.g. did something for their health and physical fitness) in the last four weeks in order to achieve a specific motivational goal (e.g. to feel good). Thus, the scales measure the degree of resource utilization in relation to a motivational goal but not the degree of achieving the motivational goal.

The instruction for the *utilization of resources related to well-being* scale was 'During the last four weeks I felt good because...' followed by nine resources (items) related to well-being, e.g. '...I did something for my health and physical fitness', '...I spent time with friends and acquaintances', '...I was proud of something I accomplished' (Cronbach's  $\alpha = .85$ ). The instruction for the *utilization of resources related to coping with*

*daily hassles* scale was 'Whenever I felt stressed over the last four weeks, it helped me...' followed by 20 resources (items) related to coping with daily hassles, e.g. '...to take a step back and figure things out', '...to accept things as they are', '...to take my mind off things by doing something else' (Cronbach's  $\alpha = .76$ ).

### *Quality of Life*

QoL was assessed using the WHO Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF; Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2000). The WHOQOL-Bref is an abbreviated version of the WHOQOL-100 which was developed by fifteen international field centres in order to develop a genuinely international measure of QoL and to create a measurement of well-being more in line with a holistic approach to health and health care. The WHOQOL-Bref consists of 24 items measuring an individual's perceived QoL in four major domains as well as 2 items measuring overall QoL & health (1 = very dissatisfied/ not at all/ never, 5 = very satisfied/ extremely/ completely/ always).

For the current investigation, we focused on the three domains of QoL for which treatment effects of the Tele.TAnDem have been found (see Meichsner, Töpfer et al., 2019): *psychological health* (6 items, e.g. 'How much did you enjoy life?', 'How satisfied were you with yourself'; Cronbach's  $\alpha = .81$ ), *physical health* (7 items, e.g. 'To what extent did you feel that physical pain prevents you from doing what you need to do?', 'Did you have enough energy for everyday life?'; Cronbach's  $\alpha = .83$ ) and *overall QoL & health* (2 items: 'How would you rate your quality of life?' 'How satisfied are you with your health?'; Cronbach's  $\alpha = .52$ ).

### *Data Analysis*

The results of parallel multiple mediation models were analysed using the

PROCESS tool for SPSS (Hayes, 2013). According to Zhao, Lynch and Chen (2010), 'the one and only requirement to demonstrate mediation is a significant indirect effect  $a \times b$ ' (p. 200). PROCESS provides a bootstrap estimate of the indirect effect of the predictor on an outcome through a mediator. A bootstrap test of the indirect effect has been shown to be superior to the Sobel test because it does not impose the assumption of normality of the sampling distribution (e.g. Preacher & Hayes, 2008). In the current study, 5000 bootstrap resamples and 95% bias-corrected and accelerated (BCa) confidence intervals (CI) were used. An indirect effect is statistically significant if the BCa CI does not contain zero.

Parallel multiple mediational analysis was performed separately for each of the three outcome variables (psychological health, physical health, overall QoL & health). As in ordinary multiple regression, multicollinearity might bias the mediation models. We therefore first assessed multicollinearity using Pearson's correlation coefficient, tolerance and variance inflation factor (VIF). Statistics are in an acceptable range if correlations < .80, tolerances  $\geq 0.1$  and VIF  $\leq 10$ .

A generic illustration of the parallel multiple mediation model is displayed in (B) in Figure 1. The model consisted of the group variable (0 = CG, 1 = IG) as the *predictor* (X), pre-test utilization of resources related to well-being ( $Z_1$ ), pre-test utilization of resources related to coping with daily hassles ( $Z_2$ ) and the pre-test of the respective outcome variable ( $Z_{3Y_i}$  for  $i = 1 - 3$ ) as the *covariates* (not displayed in the Figure), post-test utilization of resources related to well-being ( $M_1$ ) and post-test utilization of resources related to coping with daily hassles ( $M_2$ ) as the *mediator variables* and the respective post-test QoL domain ( $Y_1$ - $Y_3$ ) as the *dependent variable*.

[Figure 1 near here]

The following paths were tested as part of the mediational analyses (see Figure 1).

Path  $a_1$  denotes the effects of  $X$  on  $M_1$  and path  $a_2$  the effect of  $X$  on  $M_2$ , controlling respectively for  $Z_1, Z_2$  and  $Z_{3Y_i}$ . Path  $b_1$  indicates the effect of  $M_1$  on  $Y_i$  and  $b_2$  the effect of  $M_2$  on  $Y_i$ , controlling respectively for  $X, Z_1, Z_2, Z_{3Y_i}$  and the other mediator. Path  $c$  refers to the *total effect* of  $X$  on  $Y_i$ , controlling for  $Z_1, Z_2$  and  $Z_{3Y_i}$ , but without the mediators in the model ((A) in Figure 1). The *specific indirect effect*<sub>1</sub> of  $X$  on  $Y_i$  via  $M_1$  is the product of the paths  $a_1$  and  $b_1$  and the *specific indirect effect*<sub>2</sub> of  $X$  on  $Y_i$  via  $M_2$  is the product of the paths  $a_2$  and  $b_2$ , controlling respectively for  $Z_1, Z_2, Z_{3Y_i}$  and the other mediator. The *total indirect effect* of  $X$  on  $Y_i$  is the sum of the two specific indirect effects, i.e. the overall mediation effect via the set of both mediators. Path  $c'$  is the *direct effect* of  $X$  on  $Y_i$ , controlling for  $Z_1, Z_2, Z_{3Y_i}, M_1$  and  $M_2$  (i.e. the adjusted mean difference in QoL between the groups).

In a final step, we conducted pairwise contrasts of the two specific indirect effects to test whether the mediators differed significantly with regard to their unique ability to account for the effect of the intervention on QoL.

## Results

### *Sample Characteristics*

Sample characteristics are shown in Table 1. There were no significant differences between the IG and CG with regard to any of the sociodemographic or caregiving characteristics, baseline resource utilization or baseline QoL.

[Table 1 near here]

### *Drop-outs*

Thirty-eight caregivers (18 IG, 20 CG) dropped out between the baseline and post-test

assessments. There were no significant differences between caregivers who completed the post-test assessments and those who dropped out with regard to any of the sociodemographic or caregiving characteristics, baseline resource utilization or baseline QoL. The analyses reported in this paper were based on the completer sample (IG:  $n = 121$ ; CG:  $n = 114$ ).

### ***Collinearity***

All statistics were in an acceptable range with all correlations  $< .65$ , all tolerances  $> .45$  and all VIF  $< 2.3$ , suggesting that collinearity did not bias the mediation models. The correlation of the two potential mediators (utilization of resources related to well-being, utilization of resources related to coping with daily hassles) was  $r = .604, p < .001$ .

### ***Multiple Mediation Model for Treatment Effects on Psychological Health***

The columns for 'Model 1' in Table 2 display the results of the multiple mediation model for treatment effects on psychological health through post-test utilization of psychosocial resources. As indicated by the significance of the total indirect effect, *as a set* the utilization of resources related to well-being and resources related to coping with daily hassles significantly mediated the effects of Tele.TAnDem on psychological health. The model including the treatment variable, the covariates and the two mediators accounted for 58.08% of variance in psychological health, with the two mediators explaining a significant amount of incremental variance above and beyond the treatment variable and covariates ( $\Delta R^2 = 18.5, p < .001$ ).

[Table 2 near here]

Whereas the specific indirect effect<sub>1</sub> through post-test utilization of resources related to well-being ( $a_1b_1$ ) was significant, the specific indirect effect<sub>2</sub> through utilization of resources related to coping with daily hassles ( $a_2b_2$ ) was not. The pairwise contrast of the two specific indirect effects ( $a_1b_1 - a_2b_2$ ) yielded a significant difference, indicating that post-test utilization of resources related to well-being has a significantly higher unique ability to account for the treatment effect on psychological health compared to post-test utilization of resources related to coping with daily hassles ( $b = 2.21$ , 95% BCa CI [0.38; 4.86]). Thus, the results indicated that post-test utilization of resources related to well-being mediated the effect of the intervention on psychological health, whereas there was no evidence of a mediation effect through post-test utilization of resources related to coping with daily hassles.

A post-hoc simple mediation analysis including only post-test utilization of resources related to coping with daily hassles as a mediator of the treatment effect on post-test psychological health, controlling for pre-test utilization of resources related to coping with daily hassles and pre-test psychological health, provided evidence for a significant indirect effect,  $b = 1.91$ , 95% BCa CI [0.79; 3.58]. This result suggests that post-test utilization of resources related to coping with daily hassles mediated the treatment effect on psychological health if post-test utilization of resources related to well-being is not included in the model. Thus, post-test utilization of resources related to coping with daily hassles has no *unique* ability to mediate over and above the mediating effect of post-test utilization of resources related to well-being.

### ***Multiple Mediation Model for Treatment Effects on Physical Health***

The columns for 'Model 2' in Table 2 display the results of the multiple mediation

model for treatment effects on physical health through post-test utilization of psychosocial resources. The total indirect effect of the mediators was significant, indicating that the utilization of resources related to well-being and to coping with daily hassles as a set mediated the effect of the intervention on physical health. The model including the treatment variable, the covariates and the two mediators accounted for 52.73% of variance in post-test physical health, with the two mediators explaining a significant amount of incremental variance above and beyond the treatment variable and covariates ( $\Delta R^2 = 8.5, p < .001$ ).

Both the indirect effect<sub>1</sub> ( $a_1b_1$ ) and the indirect effect<sub>2</sub> ( $a_2b_2$ ) were significant, indicating that post-test utilization of resources related to well-being and post-test utilization of resources related to coping with daily hassles each independently significantly mediated the effect of the intervention on physical health, controlling for the respective other mediator. The pairwise contrast of the two specific indirect effects ( $a_1b_1 - a_2b_2$ ) was not significant ( $b = 0.60, 95\% \text{ BCa CI } [-0.74; 2.66]$ ). Thus, there was no evidence that the two mediators differed with regard to their unique ability to account for the treatment effect on physical health.

### ***Multiple Mediation Model for Treatment Effects on Overall QoL & Health***

The columns for 'Model 3' in Table 2 display the results of the multiple mediation model for treatment effects on overall QoL & health through post-test utilization of psychosocial resources. As indicated by the significant total indirect effect, the utilization of resources related to well-being and to coping with daily hassles as a set significantly mediated the effect of the intervention on overall QoL & health. The model including the treatment variable, the covariates and the two mediators accounted for 48.69% of variance



in post-test overall QoL & health, with the two mediators explaining a significant amount of incremental variance above and beyond the treatment variable and covariates ( $\Delta R^2 = 9.1$ ,  $p < .001$ ).

As indicated by the significance of indirect effect<sub>1</sub> ( $a_1b_1$ ) and the indirect effect<sub>2</sub> ( $a_2b_2$ ), both the post-test utilization of resources related to well-being and the post-test utilization of resources related to coping with daily hassles significantly mediated the treatment effects of the intervention on overall QoL & health. The pairwise contrast of the two specific indirect effects ( $a_1b_1 - a_2b_2$ ) provided no evidence that the two mediators differed with regard to their unique ability to account for the treatment effects on overall QoL & health ( $b = 0.09$ , 95% BCa CI [- 1.45; 1.94]).

## Discussion

Mediation analyses as well as approaches aligned with the tenets of positive psychology are currently lacking in dementia caregiver intervention research. The present study provides new and important insights about how interventions can promote dementia caregivers' QoL in line with a holistic approach to health. Building on resource activation as an important change mechanism in psychotherapy (Grawe, 1997, 2004) and previous evaluations of the Tele.TAnDem intervention (Meichsner, Töpfer et al., 2019; Töpfer & Wilz, 2018), in the current study we hypothesized that increases in psychosocial resource utilization would mediate the effects of Tele.TAnDem on three dimensions of dementia caregivers' QoL. Our results confirm that the intervention improved caregivers' QoL by increasing *both* their utilization of resources related to well-being as well as their utilization of resources related to coping with daily hassles.

As a result of the demands of caregiving, dementia caregivers often lose sight of their strengths and successes. The Tele.TAnDem intervention incorporates resource activation as a superordinate heuristic in order to help caregivers shift their focus away from their failures and shortcomings toward their strengths and all of the psychosocial assets at their disposal. By (re-)activating both dementia caregivers' resources for well-being and their resources for coping with the burdensome challenges faced in their daily lives, the intervention is designed not only to help reduce the impact of negative experiences but also to enhance their positive experiences. The results of the parallel multiple mediation analyses indicate that increases in caregivers' utilization of resources related to well-being mediated the effects of the intervention on psychological health, physical health as well as overall QoL & health, while increases in caregivers' utilization of resources related to coping with daily hassles significantly mediated the effects of the intervention on physical health and overall QoL & health.

An advantage of a multiple mediation model over separate simple mediation models is that both a total indirect effect and specific indirect effects can be examined. Testing specific indirect effects allows researchers to determine the extent to which a specific mediator uniquely accounts for a treatment effect, over and above any other mediator(s) and covariate(s) included in the model. As indicated by the significant total indirect effects, we found that the set of both domains of resource utilization mediated the effects of the intervention on all three domains of QoL. With one exception (Model 1:  $a_2b_2$ ), all specific indirect effects were also significant. Thus, utilizing resources related to well-being *and* coping with daily hassles appear to exert distinct and unique indirect effects on physical health and overall QoL & health. As the pairwise contrasts of the specific indirect effects showed, there was no evidence that the utilization of resources related to well-being and

resources related to coping with daily hassles differed significantly in their unique ability to account for the treatment effect on physical health and overall QoL. The results therefore suggest that interventions which focus on (re-)activating caregivers' coping resources *and* their resources for well-being will improve caregivers' physical health and overall QoL & health to a greater extent than interventions that target just one resource domain.

In contrast to physical health and overall QoL & health, the indirect effect of the intervention on psychological health via utilization of resources related to coping with daily hassles was not significant in the multiple mediation model but was, as a post-hoc analysis showed, significant in a single mediation model. These findings suggest that the apparent mediation effect of the utilization of resources related to coping with daily hassles on psychological health in the single mediation model is in fact due to the association of the utilization of resources related to coping with daily hassles with the utilization of resources related to well-being. It can thus be concluded that increased utilization of resources related to coping with daily hassles is effective in improving psychological health only to the degree that it allows the caregiver to have more pleasurable experiences. Interventions specifically aimed at improving caregivers' psychological health should therefore also focus on (re-)activating caregivers' resources for pleasurable experiences and self-care as opposed to solely focusing on caregivers' ability to cope with the challenges of their role.

According to the decision tree for establishing and understanding types of mediation and non-mediation developed by Zhao et al. (2010), the type of mediation in the current study can be classified as indirect-only mediation since the indirect effects of the mediators (ab) were significant (with the exception of the specific indirect effect of the intervention on psychological health via utilization of resources related to coping with daily hassles) and the direct effects of the intervention on QoL were not significant (i.e. the effect of X on Y

was no longer significant when controlling for the mediator variables). This type of mediation coincides with Baron and Kenny (1986)'s classification of full mediation. Since the non-significance of the direct effect of the intervention indicates that there is no significant 'unexplained' part of the X-Y relationship, indirect-only mediation renders omitted mediators unlikely. In other words, our results suggest that our models cover the most important mediating mechanisms (Zhao et al., 2010).

On a more general level, our results demonstrate the benefit of applying ideas from positive psychology to dementia caregiver intervention research. Our results suggest that interventions can not only help alleviate the distress of pathologically-burdened caregivers, but also help the more general population of family caregivers to thrive and flourish in the face of adversity. Furthermore, to date there has been little empirical research on the effectiveness of theoretically-coherent, strength-based interventions for dementia caregivers (Töpfer & Wilz, 2018). The current results point to resource activation as an effective strength-based intervention strategy for improving caregivers' QoL. Finally, our results also indicate that conceptually distinguishing between the process of reducing distress and the process of enhancing positive experiences can lead to more effective intervention design.

### ***Limitations and Suggestions for Future Research***

One limitation of the current study is that we used post-test psychosocial resource utilization as the mediator of treatment effects on post-test QoL. Because the mediators and the outcomes were assessed at the same point in time, we cannot make causal inferences regarding the direction of the relationship between psychosocial resource utilization and QoL. Changes in resource utilization may cause changes in QoL, but changes in QoL might also potentially mediate the effect of the intervention on resource utilization, or there may

be a reciprocal relationship between QoL and resource utilization. For instance, it could be argued that dementia caregivers with better QoL and health may be better able and more willing to engage more frequently in pleasant activities and may think about and approach daily hassles more positively (e.g. through the 'broaden-and-build' effect of positive emotions, see Fredrickson, 2001). We believe this reasoning is compatible with the idea that resource activation triggers an upward spiral, that is, dependent variables become independent variables over time. Future studies could model and test such reciprocal and/or alternative pathways in longitudinal research.

A second limitation is that we used increases in psychosocial resource utilization from pre- to post-test as an indicator of successful resource activation. As almost all other mediation analyses of dementia caregiver interventions, we therefore used pre- to post-test differences to infer a working mechanism. Future intervention research would benefit from a more process-based approach which measures the hypothesized working mechanisms (ideally repeatedly) during the intervention period either with post-session reports from the participants and/or the therapists, or ratings of audio- or video-recorded sessions.

### ***Clinical Implications***

Dementia caregiver research, particularly intervention research, is still predominantly guided by a focus on caregivers' problems and deficits. In line with previous work describing resource activation as an important catalyst for change in psychotherapy (Grawe, 1997), the current findings imply that caregiver interventions should also focus on caregivers' strengths and assets as a promising complement to problem-focused approaches and an effective strategy for enhancing dementia caregivers' well-being. Interventions should specifically aim to (re-)activate the psychosocial resources which dementia

caregivers can utilize to experience well-being and successfully cope with daily hassles.

Interventions which target resources from both domains are likely to be more effective than interventions which focus solely on resources from one resource domain (e.g. interventions which target only caregivers' coping resources, or interventions which target only caregivers' pleasurable experiences).

## References

- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität* [WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. Handbook for the German Version of the WHO Instruments for the International Assessment of Quality of Life]. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51(6), 1173–1182.
- Cheng, S.-T., Fung, H. H., Chan, W. C., & Lam, L. C. W. (2016). Short-term effects of a gain-focused reappraisal intervention for dementia caregivers: A double-blind cluster-randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 740–750.
- Coon, D. W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K., & Gallagher-Thompson, D. (2003). Anger and depression management: Psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist*, 43(5), 678–689.
- Crellin, N. E., Orrell, M., Mcdermott, O., Charlesworth, G., Crellin, N. E., Orrell, M., ... Charlesworth, G. (2014). Self-efficacy and health-related quality of life in family carers of people with dementia: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 18(8), 954–969.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1–19.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Bern: Hogrefe.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- Keyes, C. L. M., Fredrickson, B. L., & Park, N. (2012). Positive psychology and the quality

- of life. In K. Land, A. Michalos, & M. Sirgy (Eds.), *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research* (pp. 99–112). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Lawton, M. P., Moss, M., Kleban, M. H., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46(4), 181–189.
- Li, R., Cooper, C., Barber, J., Rapaport, P., Griffin, M., & Livingston, G. (2014). Coping strategies as mediators of the effect of the START (strategies for Relatives) intervention on psychological morbidity for family carers of people with dementia in a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 168, 298–305.
- Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Rasmussen, H. N. (2003). Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. (pp. 3–20). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Losada, A., Márquez-González, M., & Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: Effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(11), 1119–27.
- Márquez-González, M., Losada, A., Izal, M., Pérez-Rojo, G., & Montorio, I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. *Aging & Mental Health*, 11(6), 616–625.
- Meichsner, F., Töpfer, N. F., Reder, M., Soellner, R., & Wilz, G. (2019). Telephone-based cognitive behavioral intervention improves dementia caregivers' quality of life. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. doi: 10.1177/1533317518822100
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, R., Verhey, F., Chattat, R., De Vugt, M., ... Orrell, M. (2008). A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging & Mental Health*, 12(1), 14–29.



- Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39(2), 177–85.
- Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G., & Sourtzi, P. (2011). Caring and coping: The dementia caregivers. *Aging and Mental Health*, 15(6), 702–711.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: A meta-analytic comparison. *Aging and Mental Health*, 8(5), 438–449.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., deLeon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139, 1136–1139.
- Roth, D. L., Mittelman, M. S., Clay, O. J., Madan, A., & Haley, W. E. (2005). Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 20(4), 634–644.
- Schüz, B., Czerniawski, A., Davie, N., Miller, L., Quinn, M. G., King, C., ... Scott, J. L. (2015). Leisure time activities and mental health in informal dementia caregivers. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(2), 230–248.
- Soellner, R., Reder, M., Machmer, A., Holle, R., & Wilz, G. (2015). The Tele.TAnDem intervention: Study protocol for a psychotherapeutic intervention for family caregivers of people with dementia. *BMC Nursing*, 14(1), 11.
- Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D., & Pinquart, M. (2006). Dementia care: Mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology*, 5(11), 961–73.
- Stansfeld, J., Stoner, C. R., Wenborn, J., Vernooij-Dassen, M., Moniz-Cook, E., & Orrell,

- M. (2017). Positive psychology outcome measures for family caregivers of people living with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 29(8), 1281–1296.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409.
- Töpfer, N. F., & Wilz, G. (2018). Tele.TAnDem increases the psychosocial resource utilization of dementia caregivers. *GeroPsych*, 31(4), 173–183.
- Trösken, A. K. (2002). *Das Berner Ressourceninventar. Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht* [The Bern Resource Inventory: Resource potentials and resource utilization from the perspective of consistency theory]. *Unpublished doctoral dissertation*. University of Bern, Switzerland.
- Trösken, A., & Grawe, K. (2003). Das Berner Ressourceninventar - Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst- und Fremdbeurteilungsperspektive [The Bern Resource Inventory – Instruments of self- and observer-rated patients' psychosocial resources]. In H. Schemmel & J. Schaller (Eds.), *Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (pp. 195–215). Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Vandepitte, S., Van Den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K., & Annemans, L. (2016). Effectiveness of supporting informal caregivers of people with dementia: A systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52(3), 929–965.
- Wilz, G., Schinköthe, D., & Kalytta, T. (2015). *Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Das Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm* [Cognitive-behavioral therapy for caregivers of people with dementia. The TeleTAnDem Intervention Program]. Göttingen: Hogrefe.
- Zhao, X., Lynch, J. G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197–206.

## Tables

Table 1. Characteristics of the dementia caregivers (N = 273) and their respective care recipient

<i>Caregivers</i>	
Age (in years): <i>M (SD)</i> , range	64.19 (11.04), 23 – 91
Gender (female): <i>n (%)</i>	220 (80.6)
Relationship to care recipient: <i>n (%)</i>	
Spouse	165 (60.4)
Adult child	104 (38.1)
Other	4 (1.5)
Living with care recipient: <i>n (%)</i>	218 (79.9)
Care duration (in years): <i>M (SD)</i> , range	4.89 (3.68), <1 – 19
<i>Care recipients</i>	
Age (in years): <i>M (SD)</i> , range	78.76 (9.35), 44 – 104
Type of dementia, <i>n (%)</i>	
Alzheimer's disease	123 (45.2)
Vascular dementia	30 (11.0)
Frontotemporal dementia	14 (5.1)
Other/ unknown <sup>a</sup>	106 (38.8)
Severity of dementia <sup>b</sup> , <i>n (%)</i>	
Very mild	1 (0.4)
Mild	9 (3.3)
Moderate	105 (38.6)
Severe	101 (37.1)
Very severe	56 (20.6)

*Note:* <sup>a</sup>Caregivers did not know or were unsure which type of dementia was diagnosed

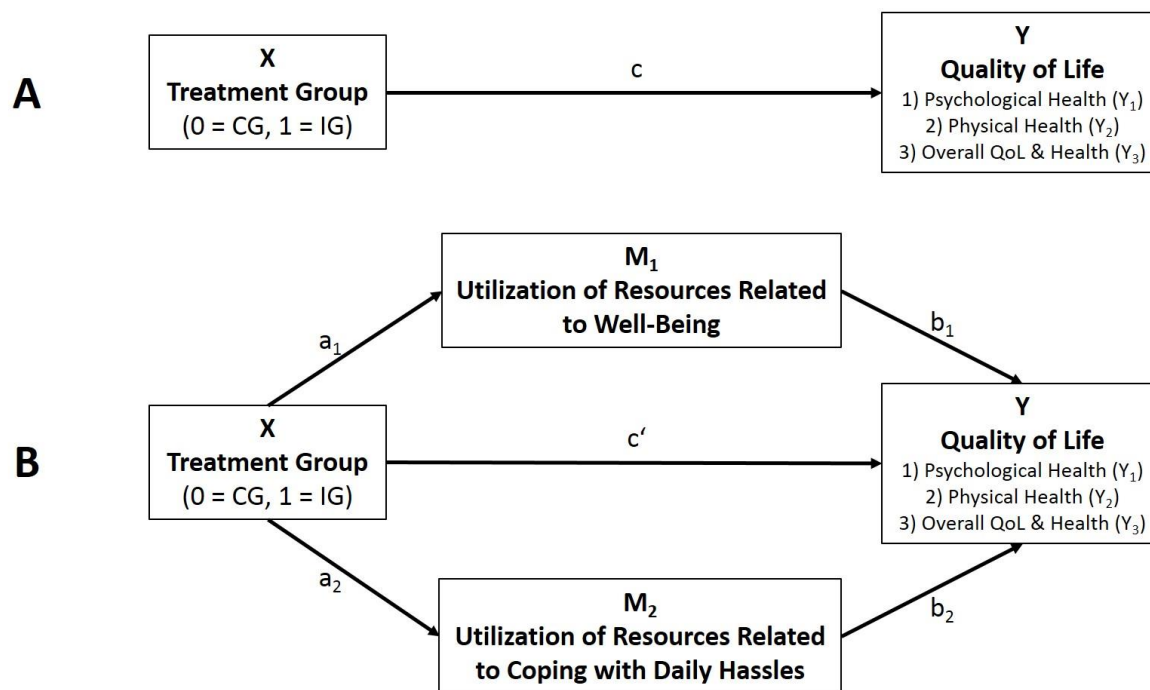
<sup>b</sup>Severity of dementia was measured using the Global Deterioration Scale (Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982).

Table 2. Results of the three multiple mediation models for effects of the treatment (X) on post-test Quality of Life ( $Y_1 - Y_3$ ) through post-test utilization of resources related to well-being ( $M_1$ ) and post-test utilization of resources related to coping with daily hassles ( $M_2$ ), controlled for pre-test Quality of Life and pre-test utilization of psychosocial resources

Path	Model 1		Model 2		Model 3	
	Psychological Health		Physical Health		Overall QoL & Health	
	(Y <sub>1</sub> )		(Y <sub>2</sub> )		(Y <sub>3</sub> )	
	<i>b</i>	<i>P</i>	<i>b</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>p</i>
a <sub>1</sub> (X → M <sub>1</sub> )	0.21	.009	0.21	.011	0.20	.012
a <sub>2</sub> (X → M <sub>2</sub> )	0.17	.002	0.17	.002	0.17	.002
b <sub>1</sub> (M <sub>1</sub> → Y <sub>i</sub> )	11.43	< .001	6.51	< .001	5.88	.001
b <sub>2</sub> (M <sub>2</sub> → Y <sub>i</sub> )	1.35	.551	4.52	.075	6.64	.014
c (total effect)	4.04	.022	4.74	.008	4.68	.013
c'(direct effect)	1.38	.358	2.65	.114	2.40	.177
	<i>b</i>	95% BCa CI	<i>b</i>	95% BCa CI	<i>b</i>	95% BCa CI
a <sub>1</sub> b <sub>1</sub> (indirect effect <sub>1</sub> )	2.43	[0.76; 4.71]	1.34	[0.33; 3.14]	1.19	[0.26; 2.91]
a <sub>2</sub> b <sub>2</sub> (indirect effect <sub>2</sub> )	0.23	[-0.43; 1.05]	0.75	[0.87; 1.89]	1.10	[0.28; 2.52]
total indirect effect	2.66	[0.90; 4.74]	2.09	[0.76; 4.00]	2.28	[0.87; 4.26]

Note. BCa CI – Bias-corrected and accelerated bootstrap confidence interval

## Figures



*Figure 1.* Illustration of the parallel multiple mediation model. (A) treatment group affects Quality of Life (QoL), path  $c$  – total effect; (B) treatment group is hypothesized to exert an indirect effect on QoL through utilization of resources related to well-being,  $a_1b_1$  – specific indirect effect<sub>1</sub>; treatment group is hypothesized to exert an indirect effects on QoL through utilization of resources related to well-being,  $a_2b_2$  – specific indirect effect<sub>2</sub>;  $c'$  – the direct effect of treatment group on QoL holding the mediators constant



## **Appendix D:**

### **Lebenslauf\***

\* Zum Schutz personenbezogener Daten wurde der Lebenslauf aus dieser, zur Veröffentlichung vorgesehenen Fassung der Dissertation entfernt.





**Appendix E:**  
**Publikationen & Kongressbeiträge**



## Publikationen

- Töpfer, N. F.**, & Wilz, G. (under review). Increases in utilization of psychosocial resources mediate effects of cognitive-behavioural intervention on dementia caregivers' quality of life. *The Journal of Positive Psychology*.
- Weise, L. **Töpfer, N. F.** Deux, J., & Wilz, G. (under review). Feasibility and effects of individualized music for people with dementia: A pilot RCT study. *Nordic Journal of Music Therapy*.
- Meichsner, F.\*, **Töpfer, N. F.\***, Reder, M., Soellner, R., & Wilz, G. (2019). Telephone-based cognitive behavioral intervention improves dementia caregivers' quality of life. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. Advanced online publication. doi: 10.1177/1533317518822100  
\*Co-first authorship. Franziska Meichsner and Nils F. Töpfer contributed equally to this work
- Töpfer, N. F.** (2019). Die Spur (wieder)aufnehmen - Vier Thesen zum Beitrag von Audioaufnahmen in der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 35(1), 85–99. doi: 10.1007/s00451-018-0309-z
- Weise, L., Jakob, E., **Töpfer, N. F.**, & Wilz, G. (2018). Study protocol: Individualized music for people with dementia - Improvement of quality of life and social participation for people with dementia in institutional care. *BMC Geriatrics*, 18(1), 313. doi: 10.1186/s12877-018-1000-3
- Töpfer, N. F.**, & Wilz, G. (2018). Tele.TAnDem increases the psychosocial resource utilization of dementia caregivers. *GeroPsych*, 31(4), 173–183. doi: 10.1024/1662-9647/a000197
- Wilz, G., Risch, A. K., & **Töpfer, N. F.** (2017). *Das Ressourcentagebuch: Eine ressourcenaktivierende Schreibintervention für Therapie und Beratung*. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-53198-3
- Töpfer, N. F.**, & Wilz, G. (2017). Familiäre Demenzzpflege zwischen dem Ideal der guten Mutter und einer Carpe Diem-Haltung. In B. Strauß, & S. Philipp (Eds.), *Wilde Erdbeeren auf Wolke Neun* (S. 319–334). Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-50488-8
- Toepfer, N. F.**, Altmann, U., Risch, A. K. & Wilz, G. (2016). Examining explanatory mechanisms of positive and expressive writing: Towards a resource-oriented perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 11(2), 124–134. doi:10.1080/17439760.2015.1037856
- Toepfer, N. F.**, Foster, J. L. H. & Wilz, G. (2014). "The good mother and her clinging child": Patterns of anchoring in social representations of dementia caregiving. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 24(3), 234–248. doi:10.1002/casp.2164

## Kongressbeiträge

- Töpfer, N. F., Meichsner, F., Reder, M., Soellner, R., & Wilz, G. (2018, May). *Lebensqualität und Ressourcen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz: Ergebnisse aus einer randomisiert-kontrollierten Studie*. Paper presented at 36. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Landau, Germany.

- Töpfer, N. F., & Wilz, G. (2018, March). *Ressourcenaktivierung und -realisierung bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz*. Paper presented at 30. DGVt-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung, Berlin, Germany.
- Töpfer, N. F. (2017, May). *Psychoanalytische Überlegungen zur Kontinuität des Seins in der ZwischenWelt "Demenz": Containment und individualisierte Musik als Container*. Paper presented at Jahrestagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft 2017, Nürnberg, Germany.
- Toepfer, N. F. (2016, October). *Dementia care through the lens of social representations: A discussion of anchoring and framing processes*. Invited talk held at the Social and Developmental Psychology Seminar Series, Cambridge, United Kingdom.
- Toepfer, N. F., & Foster, J. J. H., & Wilz, G. (2016, September). *Analyzing implicit German media messages regarding the organization of dementia care and service utilization: Representations of child care and the family*. Paper presented at the 13th International Conference on Social Representations, Marseille, France.
- Toepfer, N. F. & Wilz, G. (2016, September). *Frames and counter-frames in the movie "Head Full of Honey": Family dementia care between the ideal of the "good" mother" and a "carpe diem" attitude*. Paper presented at the 13th International Conference on Social Representations, Marseille, France.
- Toepfer, N. F. (2014, June). *Dementia care in the age of individualization: An analysis of social representations of dementia caregiving among baby boomers and their children*. Paper presented at Perspectives in Caregiver Research: From Research to Implementation, Berlin, Germany.
- Toepfer, N. F., Foster, J. L. H. & Wilz, G. (2012, June). *Understanding dementia and caregiving: A social representational perspective*. Paper presented at the 11th International Conference on Social Representations, Évora, Portugal.
- Toepfer, N. F., Wilz, G., Altmann, U. & Risch, A. K. (2014, July). *Incorporating resource activation in positive writing: Effects of the resource diary*. Paper presented at the 7th European Conference on Positive Psychology, Amsterdam, The Netherlands
- Toepfer, N. F., Wilz, G. & Risch, A. K. (2012, August). *Comparing expressive and positive writing: A diary study*. Paper presented at the 42nd Annual EABCT Congress, Geneva, Switzerland.

**Appendix F:**  
**Ehrenwörtliche Erklärung**



## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, Nils Frithjof Töpfer, geboren am 30.11.1986 in Schwalmstadt, dass mir die geltende Promotionsordnung der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Friedrich-Schiller-Universität Jena bekannt ist;

dass ich die Dissertation selbst angefertigt habe, keine Textabschnitte eines Dritten oder eigener Prüfungsarbeiten ohne Kennzeichnung übernommen und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönliche Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben habe;

dass mich Prof. Dr. Gabriele Wilz als Betreuerin der Dissertation und Koautorin bei der Erstellung der Manuskripte für Studie 1, Studie 2 und Studie 3 sowie Dr. Franziska Meichsner, Maren Reder (MPH) und Prof. Dr. Renate Soellner als Koautorinnen bei der Erstellung des Manuskriptes für Studie 2 unentgeltlich unterstützt haben.

Dr. Catherine E. Bowen hat entgeltlich alle drei Manuskripte redigiert und in diesem Rahmen zu allen drei Manuskripten ausführliche Rückmeldungen gegeben.

Ich versichere, dass darüber hinaus Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und ich die Hilfe eines Promotionsberaters *nicht* in Anspruch genommen habe.

Die Daten für Studie 1, Studie 2 und Studie 3 stammen aus dem unter der Leitung von Prof. Dr. Gabriele Wilz und Prof. Dr. Renate Soellner durchgeführten Projekt Tele.TAnDem.Transfer (Förderkennzeichen IIA5-2512FSB555, Bundesministerium für Gesundheit). Prof. Dr. Gabriele Wilz und Prof. Dr. Renate Soellner konzipierten als Projektleiterinnen hauptverantwortlich das Projekt und Studiendesign und akquirierten die Fördermittel.

Studie 1 und Studie 3 wurden von mir als Haupt- bzw. Erstautor, Studie 2 gemeinsam mit Dr. Franziska Meichsner in geteilter Erstautorenschaft angefertigt.

Für Studie 1 und Studie 3 habe ich hauptverantwortlich die Fragestellung entwickelt, die Literaturrecherche durchgeführt, die Daten aufbereitet und analysiert, die Ergebnisse diskutiert sowie die Manuskripte erstellt, vor dem Hintergrund der Rückmeldungen der Koautorin bzw. Koautorinnen, Dr. Catherine E. Bowen sowie das Manuskript zu Studie 1 vor dem Hintergrund der Rückmeldungen im peer-review-Verfahren überarbeitet.

Für Studie 2 habe ich die Literaturrecherche in enger Zusammenarbeit mit Dr. Franziska Meichsner durchgeführt, gemeinsam mit ihr den Theorie- und Diskussionsteil geschrieben und vor dem Hintergrund der Rückmeldungen der anderen Koautorinnen, Dr. Catherine E. Bowen sowie der Rückmeldungen im peer-review-Verfahren überarbeitet. Dr. Franziska Meichsner hat in Studie 2 die Analysen zu den Latent-Change-Modellen gerechnet, im Methodenteil beschrieben und im Ergebnisteil berichtet. Maren Reder (MPH) und Prof. Dr. Renate Soellner haben in Studie 2 die Analysen zur klinischen Signifikanz (net improvement) gerechnet, im Methodenteil beschrieben und im Ergebnisteil berichtet.

Alle Koautorinnen haben die finale Version des jeweiligen Manuskriptes gelesen und ihr Einverständnis zur Einreichung bzw. Veröffentlichung gegeben.

## APPENDIX F – EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Die im Abschnitt 8.2 dargestellten weiterführenden Untersuchungen wurden von Robin Wester, Fabian Münch und Karlotta Hoppe im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten, die ich betreut und für die ich die Forschungsthemen vergeben habe, durchgeführt und anschließend für laufende Publikationsvorhaben weiterverfolgt und vertieft.

Ich versichere, dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und dass ich keine gleiche, in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung bei einer anderen Hochschule bzw. anderen Fakultät als Dissertation eingereicht habe.

Ich versichere, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit sage und nichts verschwiegen habe.

---

Potsdam, den 03.04.2019



